

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

ПАХОЛІ ТЕТЯНА АНАТОЛІЇВНА

На правах рукопису

УДК: 614.253.5:616-001-083(043.2)

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**«РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ
СПІВРОБІТНИКІВ МІНІСТЕРСТВА ВНУТРІШНІХ СПРАВ
УКРАЇНИ ПІСЛЯ ТРАВМ ТА ПОРАНЕНЬ»**

Освітньо - кваліфікаційна робота на здобуття звання «Магістр»

за спеціальністю «Сестринська справа»

223 - Медсестринство

Науковий керівник:

кандидат медичних наук,

доцент кафедри пропедевтики

внутрішньої медицини,

медсестринства та біоетики

КРАСОВСЬКА Катерина Олександрівна

Харків – 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ОГЛЯД ДАНИХ СУЧАСНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ ЩОДО ТРАВМ АБО ПОРАНЕНЬ СПІВРОБІТНИКІВ МВС ТА НАПРЯМКІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ НИХ	8
1.1. Особливості травматичних ушкоджень та поранень співробітників силових структур	8
1.2. Реабілітація – важливий етап медичної допомоги співробітникам МВС при травматичних ушкодженнях та пораненнях.....	18
РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
2.1. Клінічні дослідження.....	26
2.2. Методи досліджень.....	27
2.3. Методи статистичної оцінки результатів досліджень.....	27
РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	29
3.1. Базова характеристика груп досліджень	29
3.2. Сукупна характеристика основних реабілітаційних заходів амбулаторного етапу, що застосовані у хворих груп спостереження	33
3.3. Функціональні обов’язки сестри медичної відділення ФРМ при проведенні реабілітації.....	35
3.4. Значущість рівня кортизолу у хворих співробітників МВС, що проходять реабілітацію	36
3.5. Формування підходу до оцінки психоемоційного стану співробітників МВС, які мали ТУ або поранення.....	37
3.6. Порівняльна характеристика результатів анкетувань залежно від часу лікування у реабілітаційному відділенні.....	39
ВИСНОВКИ.....	42
ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА.....	43
ДОДАТКИ.....	51

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

МВС – Міністерство внутрішніх справ

ДСНС - Державна служба України з надзвичайних ситуацій

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

РЗ – реабілітаційні заходи

ТУ – травматичне ушкодження

Відділення ФРМ – відділення фізичної реабілітаційної медицини та фізіотерапії

ВСТУП

Враховуючи адміністративно-політичне положення, що кілька років існує в Україні, яке зумовлено воєнним станом, виникають ситуації, небезпечні для кожного громадянина будь-якого віку. У цей час набуває великої значущості робота співробітників усіх підрозділів Міністерства внутрішніх справ (МВС) України, оскільки саме вони першими стають на захист Держави, правопорядку й спокою кожного громадянина країни.

Служба співробітників МВС характеризується постійним виконанням завдань в умовах високого ризику, що супроводжується великим рівнем небезпеки й потребує суттєвих фізичних та психоемоційних навантажень.

Висока ймовірність травм та поранень, що типові для службовців МВС, а також стресові умови праці роблять реабілітацію постраждалих співробітників надзвичайно важливою для відновлення їхнього фізичного та психологічного здоров'я. Саме реабілітація є необхідною умовою задля подальшого повернення співробітників МВС до повноцінної роботи.

Загострення ситуації в Україні, що супроводжується поширенням зони бойових дій, призвело до значного збільшення травматичних ушкоджень та поранень, а також їх тяжкості серед співробітників усіх підрозділів МВС.

Актуальність теми

Тема магістерської роботи є актуальною й базується на змінах, які привнесла війна. Спостерігається зростання ризику й напруженості в повсякденній діяльності співробітників МВС. Поширення травм та поранень, які супроводжуються формуванням психологічних наслідків, потребують консолідації зусиль медичного персоналу усіх рівнів, починаючи від хірургів та травматологів, закінчуючи середнім медичним персоналом кожного етапу надання допомоги.

Разом з тим, набуває значущості процес реабілітації після поранень й травм, який має бути всебічним й ефективним. З огляду на вказане,

медсестринська допомога та її ефективність стає важливим напрямком роботи під час відновлення працездатності службовців МВС.

Мета і завдання дослідження

1. Вивчити сучасні погляди на характеристику видів поранень й травм співробітників МВС України.
2. Визначити поняття реабілітації та зробити аналіз основних сучасних методів реабілітації, що використовуються в медичній практиці.
3. З'ясувати обов'язки медичної сестри при проведенні реабілітаційних заходів (РЗ) у співробітників МВС, що зазнали поранень й травм, в амбулаторних умовах.

Об'єкт дослідження

У вигляді об'єкта дослідження у магістерській роботі виступає хід й результат формування знань про роль медичної сестри в організації догляду за пацієнтами відділення ФРМ поліклініки Державної установи «Територіального медичного об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Харківській області» під час проведення комплексу реабілітаційних заходів (РЗ). В якості об'єкта дослідження виступають пацієнти, що є співробітниками структурних підрозділів МВС, що зазнали поранень та ТУ.

Предмет дослідження

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі визначена діяльність та особливості обов'язків медичної сестри відділення ФРМ під час проведення РЗ у пацієнтів з різноманітними ТУ або після поранень.

Методи дослідження

У даній магістерській роботі використовувалися наступні методи дослідження: формування логістичної структури кваліфікаційної роботи, опитування пацієнтів відділення ФРМ, методика формування клінічних груп, порівняння отриманих результатів спостережень, клінічні дослідження, аналіз амбулаторних карт пацієнтів відділення ФРМ, формування анкет-опитувальників та опитування учасників дослідження,

статистичні методи обробки інформації – для систематизації, обробки й трактування отриманих цифрових даних.

Практична значущість отриманих результатів

Під час проведення РЗ для пацієнтів, які отримали поранення та травми, функція медичної сестри відділення ФРМ відіграє ключову роль. Її діяльність стає невід'ємною частиною комплексного процесу відновлення здоров'я постраждалих співробітників підрозділів МВС, що визначає успішність проведення реабілітації. На підставі створеного медичною сестрою «сестринського супроводу пацієнта відділення ФРМ», що включає до себе розроблений нами комплекс заходів, відбувається швидке відновлення функціонального стану й нівелювання психоемоційних порушень у пацієнтів з пораненнями або ТУ.

Медична сестра формує обізнаність пацієнтів щодо необхідності проведення усього комплексу РЗ у повному обсязі, звертаючи особливу увагу на необхідність відвідування психолога та кабінету психологічного розвантаження, знайомить та навчає правильному виконанню вправ лікувальної фізкультури; надає інформацію про можливі супутні явища, що можуть виникати під час проведення певних етапів реабілітації; надає, на рівні медичної сестри, консультацію під час зв'язку у соцмережах, здійснює контроль за правильними підготовкою до процедур та режимом їх здійснення.

Положення, що виносяться на захист

Основні положення, що виносяться на захист, містяться у розділі «Висновки».

Власний внесок здобувача ступеня магістра

Магістерська робота є самостійним науковим дослідженням. Автором було проведено підбір та аналіз літературних джерел вітчизняних та закордонних авторів; вивчення методик збору матеріалу; розробку й формування комплексу заходів «сестринського супроводу пацієнта відділення ФРМ за індивідуальними потребами пацієнтів, що мали

поранення або ТУ; проведення дослідження хворих, їх анкетування та аналіз й порівняння отриманих даних; написання всіх розділів роботи та її оформлення; самостійне формування у хворих навичок правильного виконання вправ лікувальної фізкультури.

Обсяг і структура магістерської роботи

Науково-кваліфікаційна робота викладена на 61 сторінці машинописного тексту за стандартними правилами щодо оформлення кваліфікаційних робіт. Складається зі вступу, огляду літератури, матеріалів та методів дослідження, клінічної характеристики хворих, результатів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, переліку літератури, додатків.

Робота ілюстрована 15 малюнками та 3 таблицями, містить 2 додатки. Перелік літератури включає 60 джерел літератури, з яких 41 джерело вітчизняних авторів та 19 джерел закордонних авторів.

РОЗДІЛ І

ОГЛЯД ДАНИХ СУЧАСНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ ЩОДО ТРАВМ АБО ПОРАНЕНЬ СПІВРОБІТНИКІВ МВС ТА НАПРЯМКІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ НИХ

1.1. Особливості травм та поранень співробітників силових структур

1.1.1. Загальна характеристика видів травм та поранень у співробітників МВС

Сьогоднішні військові технологічні засоби при їх використанні призводять до виникнення важких травм та безмірно важких медичних та соціальних наслідків, з якими надалі можливо впоратися або пом'якшити їх наслідки тільки комплексними зусиллями. Ушкодження, що можуть бути отримані, зумовлюють тривале лікування у стаціонарі й надалі з'являється необхідність проведення ефективних реабілітаційних дій [34]. Крім того, бойові травми, що здобувають співробітники МВС, наприклад військовослужбовці, характеризуються надзвичайною важкістю, множинністю й взаємопов'язаними ушкодженнями [14, 41].

У співробітників МВС присутній високий ризик отримання поранень й вірогідність загибелі самого співробітника, чи його колег, визначається наявністю нефізіологічного ритму діяльності. Отож, вказані причини знижують ефективність роботи співробітника МВС [28].

Відомо, що взагалі «травму» визначають як ушкодження, яке зумовлює порушення нормальної структури тканини або органів тіла, що виникають внаслідок будь-якого зовнішнього впливу (механічного, фізичного або хімічного та інш.). Цей вплив може бути одноразовим, з великою силою, або таким, що багаторазово повторюється з меншою силою [40].

Травматичний досвід запропоновано визначати вживанням терміну «критичний інцидент», що встановлений у вигляді будь-якої ситуації, з якою може зіткнутися людина, що працює у МВС, зумовлюючи вплив на її здатність функціонувати як на місці події, так й пізніше [54].

Співробітники МВС, такі як поліцейські, прикордонники, співробітники ДСНС, працюють в умовах, що швидко змінюються або несподіваних, які зазвичай передбачають вплив психологічних подій, що потенційно можуть травмувати людину [43, 45]. Тому, серед травм виділяють й психологічну травму, що за даними літератури може бути виявлено у 20 % співробітників силових структур [2]. У результаті перенесених подій, що травмують, у людей основні прояви полягають у наявності розладів, що безпосередньо пов'язані зі травмою та стресором – це гострий стресовий розлад й посттравматичний стресовий розлад [37]. Також наявна і вторинна травма, або втома від співчуття. Особливістю якої є те, що переживання травматичної події відбувається через розповіді людей, які стикнулись із загрозою їх життю та/або здоров'ю. Така травма може утворитись через стрес від уявлення важкого досвіду та страждань інших людей. Люди, що є свідками болю, страху та відчаю інших внаслідок травматичного досвіду, перебувають у групі ризику з виникнення вторинного травматичного стресу.

Усі поранення й травми, включно й ти, що отримані у результаті ушкоджень тіла, спричинених іншою людиною, у співробітників МВС підлягають екстреному розслідуванню й складанням акту з подальшим обліком усіх випадків, що відбулися під час виконання функціональних обов'язків [32].

В умовах війни набуває значущості реабілітація, що має загальнодержавну цінність, оскільки безпосередньо впливає на обороноздатність України. Тому, питанням реабілітації опікується суспільство й при цьому спостерігається необхідність поєднання зусиль, спираючись на досвід вітчизняних та закордонних фахівців [34].

1.1.2. Особливості поранень та травм в групі учасників бойових дій

В період воєнного стану в Україні особливої уваги заслуговують травми та поранення серед учасників бойових дій, які безпосередньо виконує Національна гвардія, що входить до складу формувань МВС. Цей підрозділ являє собою військове формування з правоохоронними функціями.

Існує Міжнародне гуманітарне право, відповідно якому, при ураженні живої сили противника, необхідно використовувати ресурси, які тільки виводять бійців зі строю, залишаючи їх без боєздатності, але не позбавляючи їх життя. Цього наряду повинні дотримуватися при веденні бойових дій усі цивілізовані країни світу. Всупереч встановленим угодам, спостерігається зростання тяжких вогнепальних та мінно-вибухових пошкоджень, що зумовлено науково-технічним прогресом та перетворенням умов й форм ведення бойових дій у сучасній війні [13, 18].

Відомо, що структура санітарних втрат, які потребують хірургічної допомоги, представлена пораненнями, більшість з яких формується пораненнями кінцівок, складаючи 56,7 % із загальної кількості вказаних ушкоджень. Близько 10 % поранень – це ушкодження грудної клітки; трохи менше – живота й тазу (5,1 % та 3,0 % відповідно) [41].

За думкою О. О. Нестройного та Н. О. Бойко (2024) найчастіше пошкодження у військовослужбовців виявляються внаслідок дії мінно-вибухової зброї, яка зумовлює ураження цілісності шкіри та м'яких тканин, травми кістково-м'язової системи та акубаротравми [33].

Більшість учасників бойових дій, що отримали мінно-вибухову травму, мають стан легкого «оглушення» з ознаками стресу мозку й проявами у вигляді сонливості, незначних розладах в орієнтації у часі. Клінічні симптоми виникають відстрочено, але часто може бути присутнім феномен бойової екзальтації. Трохи інші прояви спостерігаються при

забитті головного мозку середнього ступеня тяжкості, коли після відновлення свідомості, у постраждалих немає скарг, вони стають підвищено активними, але через 5-6 годин мають розвиток загальнономозкових та вогнищевих неврологічних симптомів [34].

Крім того, натеper встановлені особливості кульових поранень з вогнепальної зброї у вигляді високоенергетичності, з наступним утворенням дефектів м'яких тканин у поєднанні з множинними уламковими переломами, коли ушкоджується кісткова тканина. Якщо спостерігаються поранення внаслідок використання мін, гранат або реактивних боєприпасів, то вони найчастіше характеризуються множинністю. Тяжкий перебіг раневої хвороби фіксується при пораненнях порожнин тіла уламками, з фіксацією ушкоджень внутрішніх органів [16]. Тотожні результати представлені в роботі А. В. Швець та спів. (2022) де автори надають додаткову інформацію про масивні кровотечі з розвитком шоків станів, що супроводжували поранення. Визначені ушкодження не тільки потребували тривалого хірургічного лікування, а й надалі, зумовили призначення затяжної реабілітації [42].

При вивченні травмуючих подій серед учасників бойових дій, визначено їх поширений наслідок у вигляді черепно-мозкової травми, що призводить до суттєвої інвалідизації. Причина втрати працездатності – наявність широкого спектра розладів, що взагалі призводить до вагомого порушення якості життя постраждалих [38].

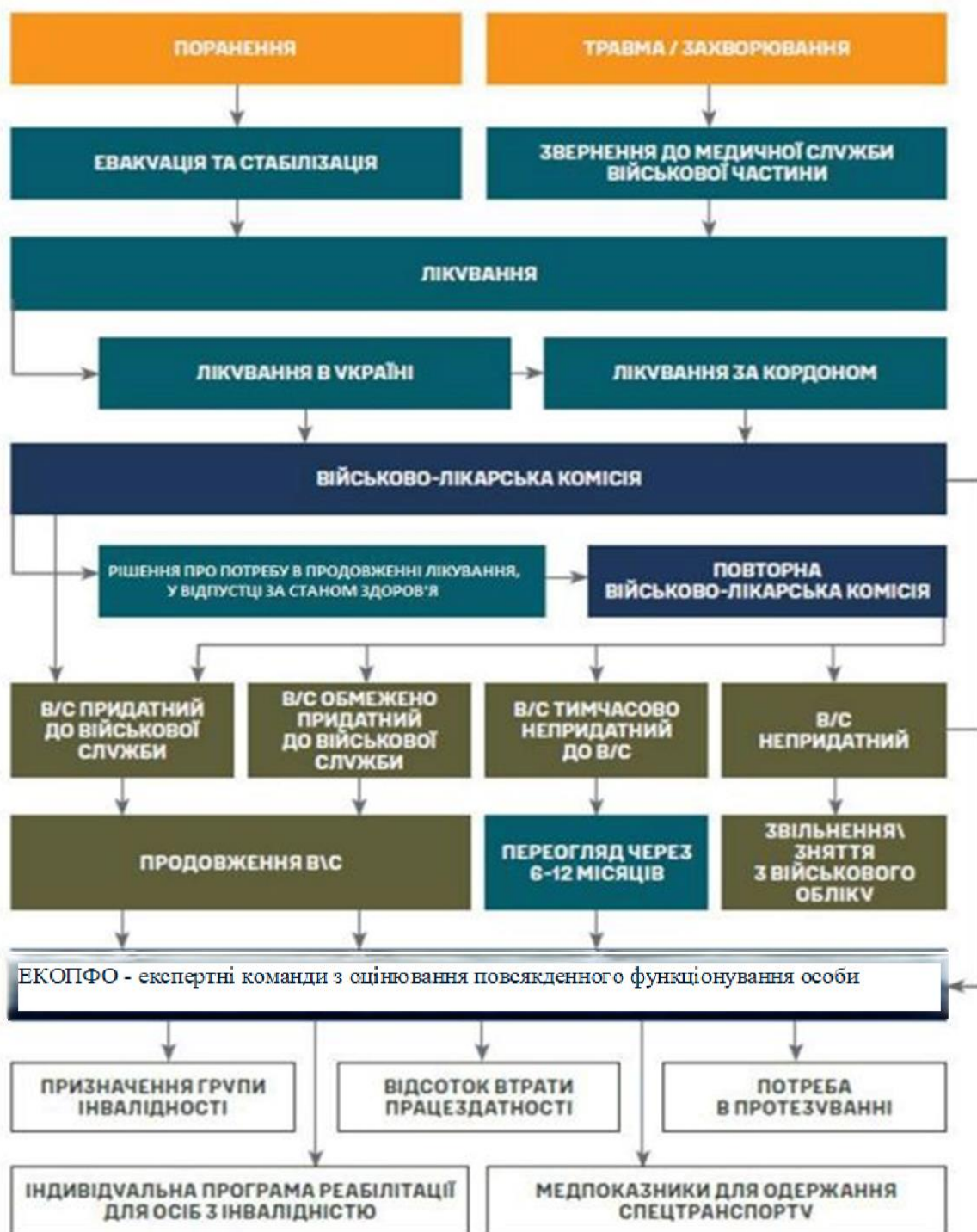
Якщо на учасника бойових дій впливають фактори, поза впливу зброї, використаної противником, то їх вважають небойовими. Санітарні втрати при цьому розподілі, як небойові, мають досить сумнівний характер, тому що виникнення більшості захворювань й патологічних станів все ж таки пов'язане з бойовими діями (вимушене тривале охолодження, перевтома, психологічне перенавантаження, тощо) [21].

При аналізі літературних джерел встановлено, що учасники бойових дій можуть отримати й психічні травми, що уявляють собою психічні

розлади, порушення та захворювання, які зумовлюють втрату бойової здатності частково, або повною мірою. На вказані наслідки впливають умови служби в зоні бойових дій й самі бойові обставини [36]. Стрес-факторами на війні, або бойовими стресорами, вважаються поранення та будь-які тілесні ушкодження, що призвели, чи можуть призвести, до звуження фізичних можливостей учасника бойових дій [6]. При цьому виникають явища посттравматичного стресового розладу – як природно-емоційна реакція на події, що вражають [22].

Слід зазначити наявність поширеності серед учасників бойових дій посткомоційного синдрому, який може бути викликаний впливом ударної хвилі, що призводить до забою або струсу мозку. Надалі військові мають низку порушень, що суттєво погіршують якість життя: розлади сну, часті мігрені, а також погіршення емоційного стану у вигляді імпульсивності й нестриманості, а іноді й, навіть, відстороненості. Вказані прояви загострюють відчуття справедливості або призводять до суїцидальних думок [31].

Велика частота виникнення поранень та травм при бойових діях спонукала Генеральний штаб Збройних Сил України створити спеціальний Довідник із прав, обов'язків та алгоритму дій військовослужбовця у разі поранення, травми чи захворювання, де, на підставі розробленого алгоритму, надається інформація про покрокові дії людини, що визнала шкоду внаслідок бойових дій (**мал.1.1.2.1**).[17].



Мал. 1.1.2.1 Шлях військовослужбовця після поранення, травм, захворювання

Таким чином, вивчення літературних джерел демонструє багатогранність й поширеність травматичних ушкоджень у комбатантів. Порушення мають не тільки фізичний характер, а й торкаються психічного стану учасників бойових дій.

1.1.3. Особливості травм та поранень у професійної діяльності підрозділів МВС.

Аналізуючи літературні джерела, ми встановили, що поранення й травми у співробітників різних підрозділів МВС дещо відрізняються. Це ґрунтується на особливостях діяльності людей, що належать до певних структур, які входять до складу МВС. Натепер встановлено, що інциденти, коли поліцейському загрожує реальна небезпека, стають усе більш поширеними [40].

Насамперед відомо, що співробітники поліції, на тлі постійного зіткнення з подіями, які потенційно травмують, мають ризик здійснення фізичних та психологічних травм й характеризуються найвищими показниками травматизму у порівнянні з іншими професіями [55]. Так 83 – 93 % респонденти цієї силової структури мають досвід травм у зв'язку з роботою [56, 57].

У поліцейських спостерігаються різноманітні події, які травмують, що пов'язані з їх професійною діяльністю. Вказані інциденти несуть загрозу здоров'ю та життю поліцейських або їх колег [56].

Співробітники поліції, діяльність яких характеризується затриманням правопорушників або злочинців, можуть ушкодити верхні частини пальців рук, променево-зап'ясний або ліктьовий суглоби, що зумовлено ударом рукою в тіло людини [11]. Багато травм може бути пов'язано з перенапруженням тіла, наприклад – перенесенням або підйомом [55].

Якщо поліцейський працює під час масових заворушень, виникають травмування внаслідок ударів тупими предметами, такими як каміння або палиці, ударів холодною зброєю – арматурою, битою або ланцюгом; використанням транспортних засобів або будівельної техніки; балістичної небезпеки, зумовленої використанням травматичної зброї, обрізів або вогнепальної зброї, гранат; будівлі барикад зі слизькою поверхнею. Травми, отримані під час безпосереднього виконання своїх службових обов'язків, а також -завдань, об'єднуються назвою «травматизм» [40].

Професійна діяльність співробітників поліції відбувається в особливих умовах, де існує висока ймовірність використання штатної зброї. Експерти та фахівці у галузі безпеки зазначають, що велика кількість вогнепальної зброї серед цивільного населення та загальна насиченість країни зброєю, значно підвищують ризик її незаконного використання. Ефект дії вогнепальної зброї, що травмує, полягає в ушкодженні внутрішніх органів, іноді й життєво важливих, з подальшим розвитком миттєвого затихання функцій усього організму. Спостерігається низка проявів, таких як крововтрата, яка іноді може бути масивною; травматичний шок, недостатність дихання та інш. [27].

За даними закордонних авторів, у співробітників поліції часто спостерігаються черепно-мозкові травми, що являється головним джерелом після контузійних порушень – фізичних, когнітивних або емоційних. Співробітники поліції, що отримали травми мозку, мають в подальшому проблеми зі психічним здоров'ям, депресивні розлади й, навіть, зловживання алкоголем [59].

Серед непередбачених випадків, де правоохоронці найчастіше отримують травми, є дорожньо-транспортна пригода, яка може бути зумовлена наявністю сукупності факторів небезпеки, а саме – станом доріг, недосконалістю навичок водіння автомобіля у будь-яких умовах та інш. [35]. Також, високий ризик отримання травм у співробітників поліції виникає через напади, відвідування домашніх викликів або інцидентів [59].

За даними С. С. Бойчук (2021) травми та стрес призводять до негативних змін у стані здоров'я та самопочутті співробітників Національної поліції [5]. Відомо, що біля 20 % тих, хто працює у поліції, мають посттравматичні стресові розлади [59]. Серед них вторинний травматичний стрес, який виникає не через особисту участь у травматичній події, а через «втому від співчуття», емпатію до страждань, займає не останнє місце. Це й розслідування тяжких злочинів, ДТП, й спілкування з тими, хто повернувся з полону, з родинами загиблих чи зниклих безвісті.

Таким чином, на підставі зробленого аналізу літературних джерел, ми прийшли до висновку, що у співробітників поліції постійно у щоденній роботі, при виконанні унікальних та непередбачуваних задач, окрім поранень, існує загроза травм як механічного походження, так й під впливом стресових ситуацій.

1.1.4. Особливості поранень та травм в групі співробітників Державної служби України з надзвичайних ситуацій.

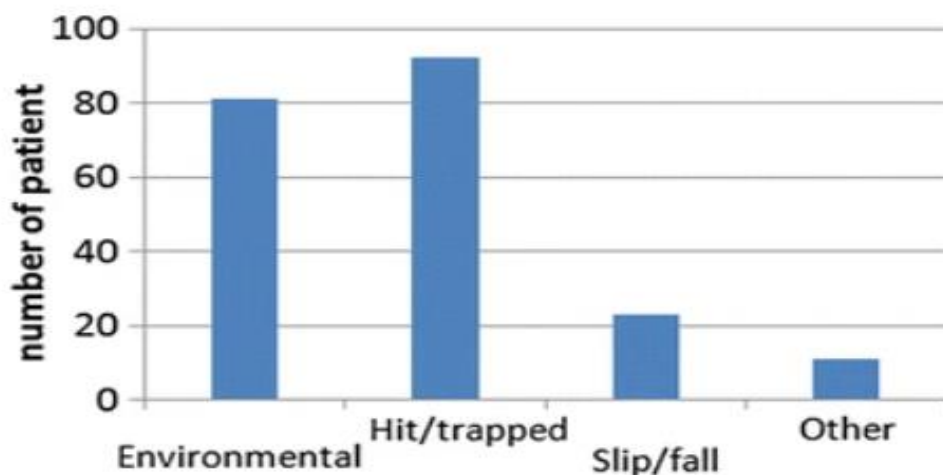
Впровадження новітніх технологій у повсякденне життя та діяльність людини супроводжується високою ймовірністю небезпеки техногенного, природного та воєнного походження, що є причиною виникнення надзвичайних станів. Ці стани, своєю чергою, зумовлюють складність проведення оперативно-рятувальних робіт, що характеризуються великою кількістю непередбачуваних та екстремальних обставин. Рятувальна діяльність в Україні на теперішній час залишається однією з самих небезпечних, високоризкованих галузей людських функцій. Травми, що отримують рятувальники під час виконання своїх службових обов'язків, зазвичай мають комбінований характер, поєднуючи професійні ризики мирного часу з ризиками, пов'язаними з бойовими діями [9].

Надзвичайні ситуації техногенного походження дотепер вважаються високим показником кількості загиблих – 75 % від безповоротних втрат, внаслідок усіх видів надзвичайних ситуацій. Найбільш поширеними варіантами техногенних надзвичайних ситуацій є пожежі та вибухи, що складають більше ніж половину випадків, а також аварії на транспорті, аварії в системах життєзабезпечення, раптове руйнування будівель та споруд [4].

Аналіз робіт вітчизняних дослідників показав, що більшість рятувальників під час роботи отримує механічні, термічні та інгаляційні травми. Отримання комбінованих травм виникає внаслідок одночасного впливу на організм кількох чинників, особливо в умовах воєнного часу та

ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Гасіння пожеж, наслідків вибухів, обстрілів, хімічна аварія – ці ситуації в поєднанні з травмуючи ми чинниками – вибухова хвиля, обвалення конструкцій, задимлення, високі температури, токсичні речовини – можуть призвести до травматизації та ускладнень [20, 50, 58].

Вивчаючи етіологію травм у рятувальників, дослідники встановили, що внаслідок виконання самих рятівних операцій, виникають удари або затискання предметами, які є основною причиною травм у вказаної групи співробітників. Трохи менше на виникнення ушкоджень впливає довкілля, й невеличкий відсоток травм може бути зумовлений прослизанням або падінням під час проведення рятувальних операцій (**мал. 1.1.4.1**). Основні травми у рятувальників представлені ушкодженням верхньої кінцівки, а саме – кисті та зап'ястя [46].



Мал. 1.1.4.1 Основні причини виникнення травматичних ушкоджень у рятівників (дослідження закордонних авторів)

Слід зазначити, що екстремальні умови, в яких працюють рятувальники, мають певний психотравмувальний ефект щодо психічного стану й особистісних рис працівників Державної служби з надзвичайних ситуацій із подальшим розвитком стресових розладів. Надмірне хвилювання, стрес може призвести до «тунельного бачення»- звуження поля

уваги, ігнорування прихованої небезпеки, психомоторної затримки при цьому, розвивається симптомокомплекс, що має назву гострої стресової реакції або посттравматичного стресового розладу [39].

За фундаментальними дослідженнями закордонних авторів, вказана група співробітників є найбільш вразливою щодо психотравмувальних факторів, оскільки саме вона має щоденне зіткнення з ситуаціями високого ризику [52].

Таким чином, вивчені літературні джерела показали, що травми у групі співробітників Державної служби України з надзвичайних ситуацій, демонструють дуальну направленість: з одного боку мають механічне походження, а з іншого – зумовлені негативним впливом факторів на психіку людини.

1.1.5. Особливості поранень та травм в групі співробітників Державної прикордонної служби України

На теперішній час на роботу співробітників Державної прикордонної служби впливають чинники оперативних обставин та організація службово-бойової діяльності під час охорони лінії зіткнення. Головним у службі прикордонників стає як правоохоронний обов'язок, так і військові завдання. Натепер діяльність прикордонників необхідно вважати як службово-бойову, оскільки прикордонні підрозділи безпосередньо беруть участь у бойових діях, виконуючи завдання із забезпечення національної безпеки [1].

Згідно з наказом МВС України № 1261 від 19.10.2015 року зі змінами, внесеними згідно з Наказами МВС № 178 від 09.03.2021 року й № 279 від 30.04.2024 року, затверджена інструкція для прикордонників, що передбачає наявність у них під час служби вогнепальної зброї, озброєння, бойової техніки, а також засобів радіаційного, хімічного, біологічного захисту [48].

Серед травм у групі співробітників прикордонної служби спостерігаються травматичні ушкодження очей завдяки використанням

ворогом новітньої апаратури, на кшталт лазера. Визначене обладнання засліплює людину й викликає опіки сітківки [23]. Найбільш поширені травми – це минно-вибухові –осколкові поранення, травматична ампутація кінцівок, важкі контузії. Велике значення має носіння важкого спорядження при тривалому патрулюванні, виконання завдань в складних кліматичних умовах, що призводить до перевантаження опорно-рухового апарату, виникнення захворювання хребта, суглобів та зв'язок і ризик укусів диких тварин, комах, кліщів, що несе загрозу зараження інфекційними хворобами.

В літературних джерелах також присутня інформація про наявність баротравми навколоносових пазух у водолазів прикордонної охорони [51].

За даними Дж. П. Калкмана та Т. Молендайка (2021) співробітники прикордонної служби мають моральні травми, що призводять до психологічних страждань, які виникають під час виконання службових обов'язків й зумовлені відсутністю можливості запобігти дії, що суперечать моральним принципам [49].

Викладений аналіз літературних джерел є підґрунтям для того, щоб вважати роботу співробітників Державної прикордонної служби України як таку, що поєднує у собі елементи діяльності співробітників національної поліції та співробітників Державної служби України з надзвичайних ситуацій, з можливістю виникнення травм й поранень як і у вказаних групах. Крім того, певні особливості травм, як, наприклад, баротравма, ризик укусів диких тварин потребує залучення до лікування й реабілітації співробітників прикордонної служби МВС спеціалістів вузького профілю – офтальмологів, оториноларингологів, тощо.

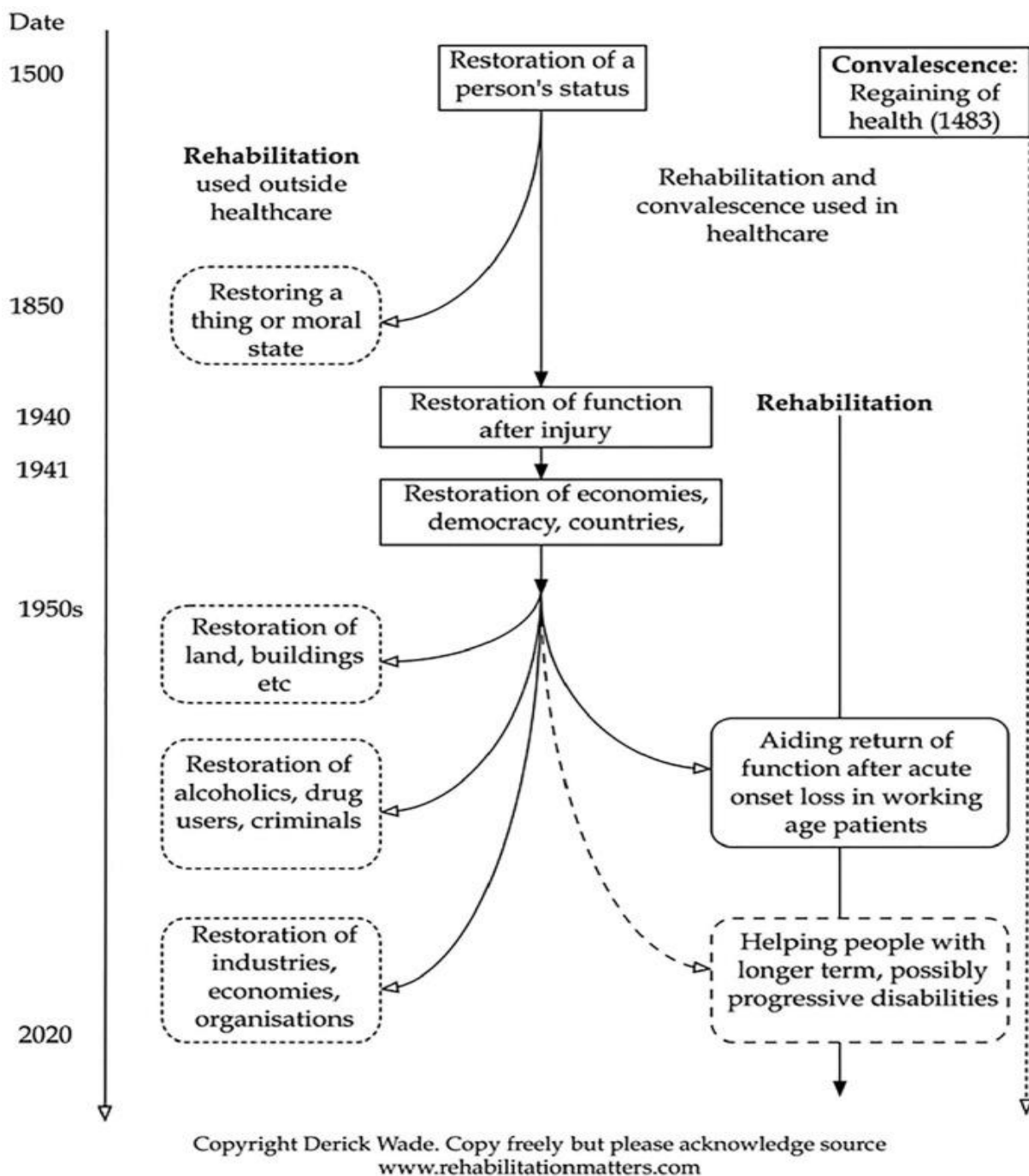
1.2. Реабілітація – важливий етап медичної допомоги співробітникам МВС при травмах та пораненнях

1.2.1 Визначення реабілітації в сучасній науці

Широке дослідження групи закордонних вчених демонструє існування 187 формулювань реабілітації [44], тому стає зрозумілим, що цей медичний напрямок сформулювати досить важко [60]. Між тим з'ясовано, що визначення реабілітації повинно спиратися на ключові аспекти функціонування, наявності інвалідності, особистості, стану здоров'я, впливу навколишнього середовища, оптимізованого щодо потреб людини [44].

Слово «реабілітація» пройшло довгий шлях, починаючи з 1500 року, маючи багато визначень (**мал. 1.2.1.1**), й натеper його сутність включає до себе не тільки відновлення соціального статусу, а й приєднання самого процесу й обґрунтування цілей [60].

Вивчення літературних джерел виявило наявність концептуального опису реабілітації як «тактики захисту здоров'я, що базуючись на інтегративній формі функціонування, інвалідності та здоров'я. При цьому ВООЗ використовує та втілює критерії до оцінки роботи у характеристиці станів здоров'я; ставлення до узгодження резервів людини; підходи, що зосереджуються на ресурсах людини та сприяють їх зміцненню; методи, які створюють сприятливі умови; стратегії, що покращують працездатність; підходи, які підвищують якість життя в контексті здоров'я, через партнерство між особою та постачальниками послуг; врахування того, як людина сприймає своє становище в житті у різних станах здоров'я та серед чинних вікових груп. Це охоплює всі етапи догляду, від лікарень до реабілітаційних закладів й громади, а також потребує спільної діяльності між відділами охорони здоров'я, освіти, праці та соціальної сфери, щоб надати можливість забезпечення людям, з обмеженнями у здоров'ї, досягти та підтримувати добре функціонування» [53].



Мал. 1.2.1.1 Основні етапи трансформацій терміну реабілітація залежно від часу

І тепер, в сучасній науці, реабілітацію визначають як процес відновлення функціональних можливостей й працездатності, що були порушені хворобами, травмами чи впливом зовнішніх факторів, а саме – фізичними, хімічними або соціальними [26].

1.2.2 Основні періоди й напрямки медичної реабілітації

Сьогодні реабілітація базується на трьох точках бачення: медичній, соціально-економічній та трудовій. Провідне місце серед переліченого займає медична реабілітація, що складається з сукупності методів медикаментозного та лікувального призначення, спрямованих на відновлення стану здоров'я хворого та запобігання інвалідності [3].

Питаннями медичної реабілітації опікується Всесвітня організація охорони здоров'я, яка згідно з ініціативою «Реабілітація–2030» визначила пріоритетні напрямки реабілітації:

- посилення втілення РЗ у систему охорони здоров'я та укріплення зв'язків задля швидкого й результативного забезпечення потреб населення;
- приєднання реабілітації в комплекс загальнодоступних заходів охорони здоров'я;
- формування типів комплексного надання реабілітаційних послуг, щоб забезпечити для усіх людей однаковий доступ до них, особливо для мешканців сільських та територіально віддалених областей;
- організувати потужне багатoproфільне коло фахівців у галузі реабілітації, спираючись на особливості, притаманні будь-якій країні, з активним просуванням концепції реабілітації на всіх етапах навчання працівників служби охорони здоров'я;
- пошук й залучення додаткового фінансування реабілітаційних послуг за допомогою відповідних механізмів [8].

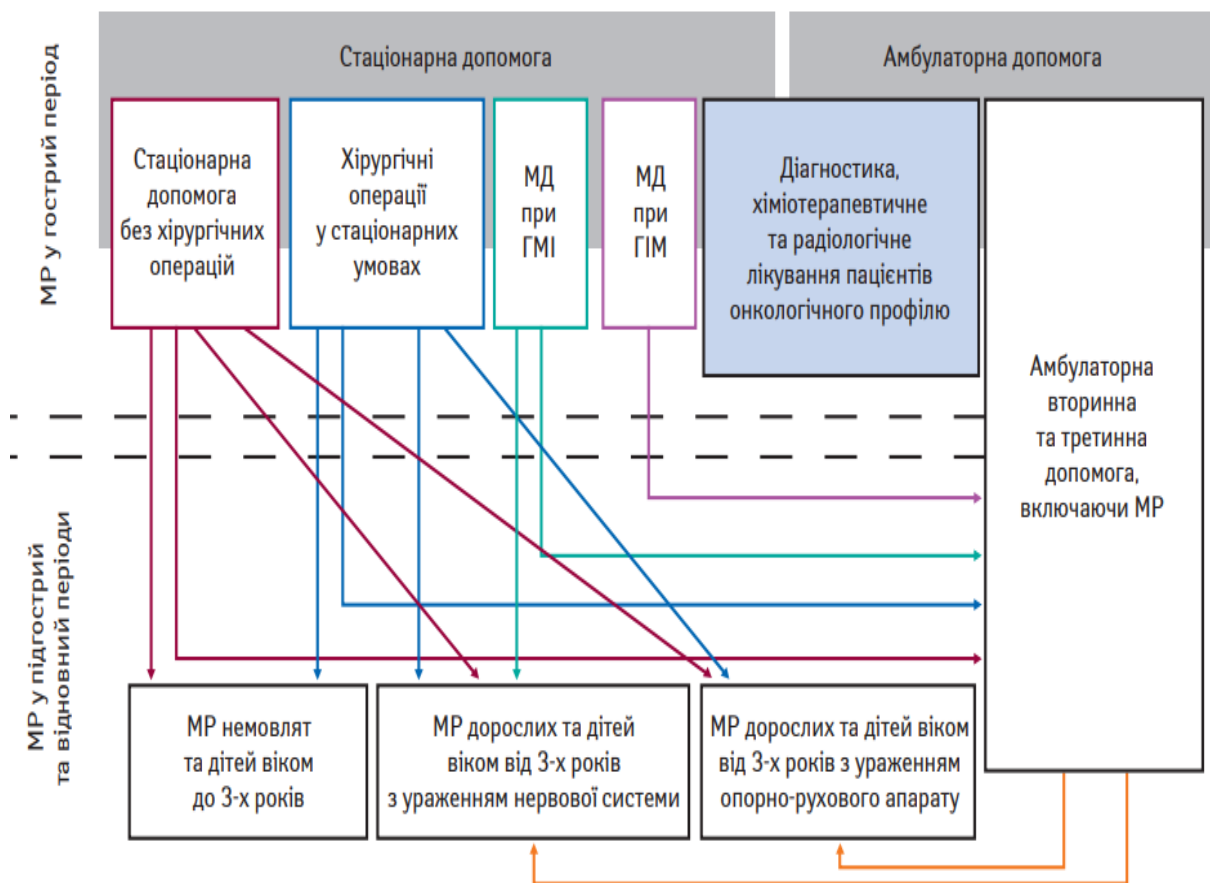
Всесвітня організація охорони здоров'я визначила два періоди медичної реабілітації, що залежить від часу надання медичної допомоги відносно будь-якого патологічного стану:

1. Лікарняний, який містить перший етап РЗ й проводиться під час стаціонарного лікування, відразу після встановлення хворому клінічного діагнозу. План реабілітації розробляють особистий лікар разом з лікарем

відділення ФРМ, й він спрямований на безпосереднє відновлення здоров'я, зі включенням до себе лікувальних фізичних вправ, масажу й фізіотерапії.

2. Після лікарняний, який формується з двох етапів: поліклінічного, який і є саме реабілітаційним, та диспансерного (другий та третій етапи відповідно). Реабілітаційний етап проводиться у поліклініці, санаторії чи реабілітаційному центрі та спрямований на поліпшення стану пацієнта, оскільки здійснюється безпосередньо після виписки зі стаціонару. Третій диспансерний етап передбачає подальший нагляд за пацієнтом та спрямований на подальше покращення його здоров'я [29].

В роботі В. В. Брич (2020) надається логічна схема виконання медичної реабілітації за фінансуванням через Національну службу здоров'я України, базуючись на тому, де отримує допомогу хворий: у стаціонарних умовах, чи амбулаторно (мал. 1.2.2.1).



Мал. 1.2.2.1 Формування кроків медичної реабілітації, що фінансуються Національною службою здоров'я України

Слід зазначити, що авторкою окремо приділяється увага інфаркту міокарда, як патологічному стану, ефективність лікування якого безпосередньо залежить від проведення комплексної медичної реабілітації як на лікарняному етапі, так й після виписки зі стаціонару [8].

1.2.2 Основні принципи проведення медичної реабілітації

Сьогодні в Україні відновна медицина успішно розвивається, базуючись на власних здобутках й досвіді закордонних фахівців. Провідним напрямками у реабілітації виступають фізіотерапія та ерготерапія, які передбачають сукупне застосування фізичних та природних факторів [24].

Використання медичної реабілітації в будь-якому випадку повинно приносити користь хворому, а саме – бути ефективним. Задля досягнення визначеного, існує кілька основних принципів проведення РЗ:

1. Завчасний початок реабілітаційних дій.
2. Безперестанне використання РЗ, що має ефективність у вигляді скорочення часу проведення лікування, вірогідності виникнення ускладнень або інвалідність.
3. Об'єднання різних видів РЗ, наприклад психологічного та фізичного.
4. Індивідуальність у застосуванні реабілітаційних напрямів, що базується на ретельній оцінці кількох параметрів: фази захворювання, його виду, стану хворої людини, віку й статі пацієнта.
5. Проведення реабілітаційних вправ у колективі, що має міжособистісний ефект, відносно психологічного стану з нівелюванням дискомфорту.
6. Соціалізація реабілітації, що передбачає повернення хворого до професійної діяльності та зумовлює певну матеріальну незалежність, моральне задоволення й участь у громадському житті [10].

Підсумкове розуміння використання принципів реабілітації представлено у роботі D. T. Wade (2020). Автор стверджує про користь

реабілітації для будь-якої людини, навіть з тривалою інвалідністю, у будь-якому віці, та при різноманітному перебігу патологічного процесу. Ефективність реабілітації залежить від багатопрофільної команди, що узгоджено працює, спираючись на біопсихосоціальну структуру захворювання [61].

Слід зазначити, що включення у реабілітаційну роботу лікарів різної спеціалізації, покращує результативність РЗ.

Отже, визначені принципи медичної реабілітації є основою її парадигми з очікуванням позитивного ефекту від проведених заходів [19].

1.2.3 Характеристика основних напрямків реабілітації співробітників підрозділів МВС

На сьогодні великого розголосу набуває питання реабілітації осіб, які входять до складу структур Міністерства внутрішніх справ України, що, насамперед, визначається особливостями теперішньої адміністративно-політичної ситуації, зумовленої війною [12].

Право на отримання співробітниками МВС реабілітаційної допомоги закріплено у постанові КМУ від 3 листопада 2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» Відповідно до статті 18 Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», Наказі Міністерства внутрішніх справ України № 644 від 29.12.2010 року «Про організацію медико-психологічної реабілітації в системі МВС України» та інших наказах МОЗ та МВС, де враховується не тільки медична сторона стану співробітника, а й психологічні аспекти. В документі підкреслюється необхідність постійного вдосконалення медико-психологічної реабілітації й очікувальні результати від цієї роботи [47].

В роботі І. І. Назаренко та співавт. (2019) схематично представлені форми медико-психологічної реабілітації, що використовуються задля співробітників МВС України (мал. 1.2.3.1) [30].



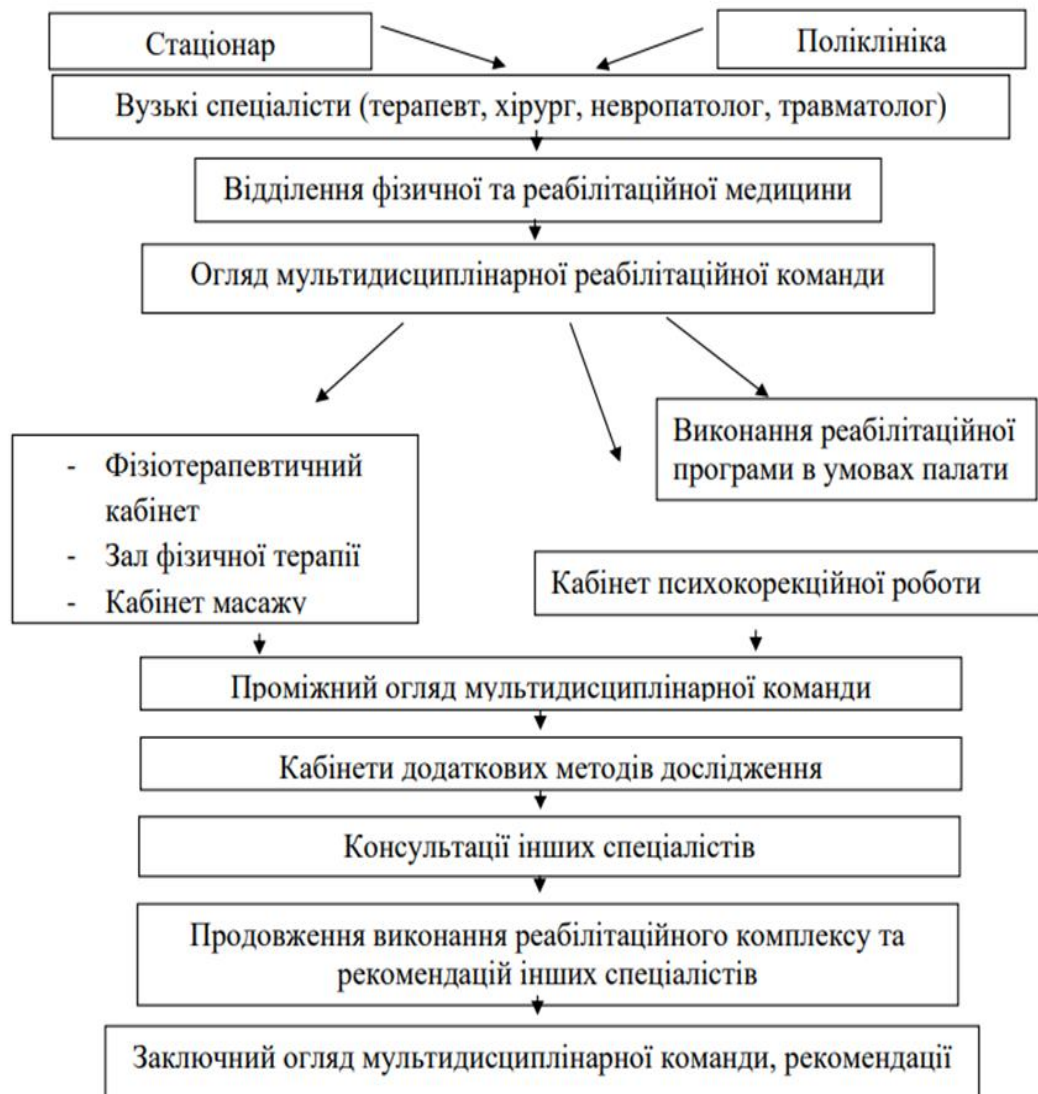
Мал. 1.2.3.1 Форми медико-психологічної реабілітації співробітників МВС України

За думкою Н. В. Лигун та І. М. Охріменко (2022), індивіди різних структурних підрозділів Міністерства внутрішніх справ України, насамперед потребують психологічної реабілітації, оскільки постійно перебувають у кризових умовах, вирішуючи професійні завдання, що супроводжується високою інтелектуальною та емоційною напруженістю, а також наявністю суттєвої зовнішньої небезпеки [25]. При цьому ефективною буде психологічна допомога у вигляді індивідуальних консультацій, групова або особиста психотерапія, що використовують раціональний, сугестивний, особисто орієнтований напрямки[7]. Також ефективними будуть арт-терапія, тілесно орієнтовані техніки, методики десенсибілізації та переробки рухом очей (EMDR - скорочено від англ. Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

У групі учасників бойових дій медична реабілітація може включати до себе напрямок відновної терапії зі включенням фізіотерапії, механотерапії, рефлексотерапії, бальнеотерапії, застосування медикаментів або нетрадиційних методів; напрямок відновної хірургії з використанням реконструктивного варіанту або пластичної хірургії; стоматологічний напрямок – протезування.

Крім того, у вказаній групі пацієнтів, можливо застосовувати й фізичну реабілітацію з використанням ерготерапії, кінезотерапії, лікувальної фізичної культури та масажу [34]. За думкою вітчизняних авторів, використання традиційних напрямків фізичної реабілітації потерпілих, наприклад, внаслідок мінно-вибухових уражень, зумовлюють запобігання ускладнень й зумовлюють відновлення функціонального стану поранених органів [15].

В роботі О. О. Нестройного та Н. О. Бойко (2024) представлено приблизний реабілітаційний маршрут пацієнта-співробітника структури МВС (мал. 1.2.3.2) [33].



Мал. 1.2.3.2 Реабілітаційний маршрут пацієнта-співробітника структури МВС

За думкою авторів, реабілітація співробітників МВС потребує створення команди, що має мультидисциплінарну структуру з обов'язковим включенням до складу практичного психолога та, медичних сестер [33].

Значущість реабілітації підкреслена у роботі вітчизняних науковців. Автори вважають, що успіх у відновленні бійця на 80 % залежить від якості реабілітаційних дій [34]

Таким чином, аналіз літературних джерел показав, що є обґрунтовані причини для використання РЗ у тих, хто зазнав поранень або травм, які повинні мати комплексний характер з обов'язковим включенням психологічної реабілітації для нівелювання психотравмувальних факторів, що є присутніми у повсякденній діяльності співробітників підрозділів МВС.

РОЗДІЛ II

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Клінічні дослідження

Освітньо-кваліфікаційна робота на здобуття ступеня «Магістр» за спеціальністю «Сестринська справа» виконана на підставі підсумків вивчення даних вітчизняних та закордонних літературних джерел та безпосередньо власних спостережень за хворими відділень госпіталю, відділення ФРМ поліклініки та Медичного центру психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору Державної установи «Територіального медичного об'єднання МВС України по Харківській області» з кінцевою оцінкою підсумків дослідження під час виписки хворих до праці.

Робота здійснювалася з урахуванням загальновизнаних етичних стандартів, що стосуються осіб, які є суб'єктами дослідження, відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» в актуальній на тепер редакції (2008 рік, Сеул).

Для виконання завдання, пов'язаного з обов'язками медичної сестри відділення ФРМ під час здійснення РЗ у хворих – співробітників системи МВС, на першому етапі нашої наукової роботи сформовано дві групи спостереження.

Основну (першу) групу склали 30 хворих, що амбулаторно отримували РЗ у відділенні, стан яких поряд з традиційною терапією дозволяв використовувати розроблений нами раціональний індивідуальний підхід при участі медичної сестри відділення, який ми назвали «сестринський супровід пацієнта відділення ФРМ».

Контрольну (другу) групу ми сформували з 10 пацієнтів реабілітація яких здійснювалася відповідно встановленому діагнозу та за стандартними

вказівками, згідно клінічним настановам, затвердженим діючими Наказами МОЗ України. Сукупність учасників дослідження складалася із залученням карт амбулаторних хворих відділення ФРМ.

2.2. Методи досліджень

Другий етап роботи включав аналіз результатів лікування хворих співробітників МВС у відділенні ФРМ, відповідно з підходом до їх ведення. З метою оцінки результативності виконання РЗ ми оцінювали психологічний стан хворих, динаміку відновлення, кінцевий функціональний стан співробітника МВС.

Показником, що демонстрував стан пацієнтів, ми визначили гормон *кортизол*, встановлення рівня якого здійснювалося двічі: спочатку амбулаторної реабілітації й після закінчення виконання призначеного комплексу.

Ми здійснювали оцінку загального стану хворих спочатку та наприкінці проведення власного дослідження завдяки проведенню опитування за допомогою заповнення власно модифікованої анкети тривожних розладів Generalized Anxiety Disorder – 7 (додаток 2).

2.3. Методи статистичної оцінки результатів досліджень

Результати проведеної дослідницької діяльності, що представлені у цифрових визначеннях, підлягали математичній обробці згідно зі стандартною методологією при використанні загальноприйнятих методів варіаційної статистики. Задля цього ми використовували комп'ютерну програму Microsoft Office Excel 2010, Microsoft Word з подальшим обчисленням критерію Ст'юдента, що демонструє правдивість відмінностей між двома групами даних.

Отримані цифрові результати, що були результатом обчислюваної частини роботи, зіставляли з критичними значеннями, які представлені у стандартній таблиці (мал. 2.3.1.).

В основі нашого аналізу лежала обробка цифрових даних із застосуванням статистичних методів, що дозволила оцінити достовірність відмінностей між вибірковими групами. Ми приймали рішення про ймовірність цих відмінностей у випадку, якщо отримане значення t перевищувало критичні показники, наведенні в стандартній таблиці для відповідної кількості ступенів свободи (d).

$d = n_1 + n_2 - 2$, де n_1 та n_2 – це кількість спостережень у кожній з вибірок.

Дані у таблицях, що демонструють результати етапів роботи, представлені у вигляді значень $X \pm s_x$. Проведено кореляційний аналіз отриманих цифрових показників.

Число средней свободы <i>df</i>	α			Число средней свободы <i>df</i>	α		
	0,10	0,05	0,01		0,10	0,05	0,01
1	6,3138	12,706	63,657	18	1,7341	2,1009	2,8784
2	2,9200	4,3027	9,9248	19	1,7291	2,0930	2,8609
3	2,3534	3,1825	5,8409	20	1,7247	2,0860	2,8453
4	2,1318	2,7764	4,6041	21	1,7207	2,0796	2,8314
5	2,0150	2,5706	4,0321	22	1,7171	2,0739	2,8188
6	1,9432	2,4469	3,7074	23	1,7139	2,0687	2,8073
7	1,8946	2,3646	3,4995	24	1,7109	2,0639	2,7969
8	1,8595	2,3060	3,3554	25	1,7081	2,0595	2,7874
9	1,8331	2,2622	3,2498	26	1,7056	2,0555	2,7787
10	1,8125	2,2281	3,1693	27	1,7033	2,0518	2,7707
11	1,7959	2,2010	3,1058	28	1,7011	2,0484	2,7633
12	1,7823	2,1788	3,0545	29	1,6991	2,0452	2,7564
13	1,7709	2,1604	3,0123	30	1,6973	2,0423	2,7500
14	1,7613	2,1448	2,9768	40	1,6839	2,0211	2,7045
15	1,7530	2,1315	2,9467	60	1,6707	2,0003	2,6603
16	1,7459	2,1199	2,9208	120	1,6577	1,9799	2,6174
17	1,7396	2,1098	2,8982	∞	1,6449	1,9600	2,5758

Мал. 2.3.1. Граничні показники властивостей t - критерію Стьюдента для 10 %, 5% та 1% рівня значущості в залежності від числа ступенів свободи

РОЗДІЛ III

АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Базова характеристика груп досліджень

Для вирішення поставлених у роботі завдань проведено обстеження 30 пацієнтів, які мали поранення та травми, що проходили комплекс РЗ в умовах відділення ФРМ поліклініки Державної установи «Територіального медичного об'єднання МВС України по Харківській області».

Когорта учасників магістерської роботи обрано таким чином, щоб дослідити ефективність діяльності медичної сестри в етапі реабілітації саме після поранень або травм. Тому, до складу груп спостережень не вводили хворих із супутніми суттєвими гострими або хронічними порушеннями збоку сечовидільної та серцево-судинних систем, наявністю розладів ендокринної системи, з даними про онкологічні захворювання. Крім того, нами виключено з дослідження затятих курців, шкідлива звичка яких спостерігалася впродовж 8-10 років й вживанням 20 цигарок на добу. Вказані патологічні стани а також шкідлива звичка, заважали здійснити реабілітаційні заходи у повному обсязі та могли вплинути на результати досліджень.

У основну (першу) групу ми включили 20 хворих на стадії одужання, яким проводився комплекс РЗ згідно з розробленим алгоритмом «сестринського супроводу пацієнта відділення ФРМ, що передбачав постійну участь медичної сестри на кожному етапі реабілітаційних дій.

До контрольної групи, нами віднесено 10 співробітників МВС зі станом на етапі одужання, які використовували РЗ зі стандартною участю медичної сестри, керуючись загальними принципами, про які їм повідомляв лікар.

Усі пацієнти закладу, що брали участь у науковій роботі, надали письмову інформовану згоду про участь у дослідницької роботі. Ті респонденти, які за нашими встановленими параметрами мали можливість стати учасниками роботи, але не дали на це письмової згоди, були виключені з когорти спостереження.

Вік пацієнтів у групах спостереження знаходився у межах від 25 до 46 років, склавши в середньому $32,3 \pm 0,5$ років у основній групі та $31,4 \pm 0,7$ років – у групі контролю, що показує неправдивість відмінностей ($P = 0,5$) та свідчить, що групи хворих були тотожні за віком.

Серед пацієнтів основної групи спостерігалось 19 чоловіків та 1 жінка. У контрольній групі визначено тільки чоловіків (10 осіб), що пояснюється наявністю серед більшості, що превалює, співробітників чоловічої статі серед співробітників структури МВС та тим, що на виконання бойових завдань також в основному скеровані чоловіки.

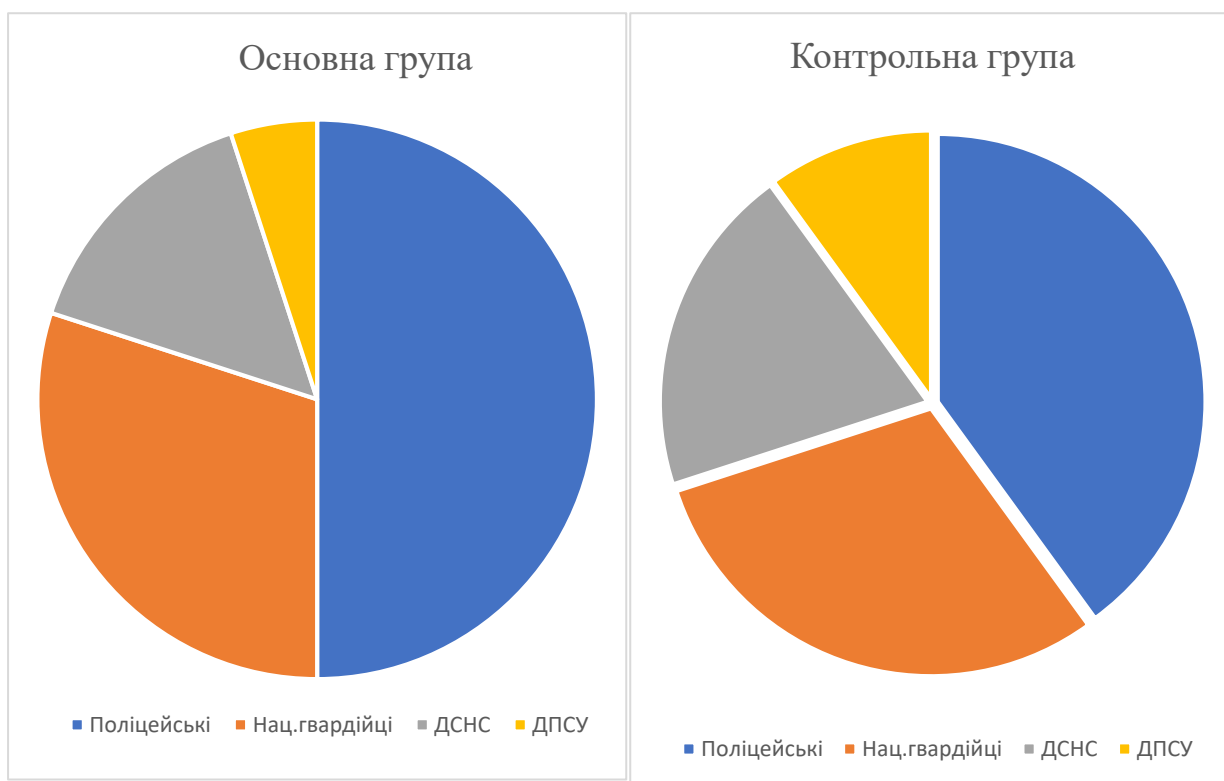
За структурними підрозділами в яких проходили службу співробітники МВС, що були залучені у дослідження, розподілялися так, як представлено у таблиці 3.1.1.

Табл. 3.1.1 Розподіл співробітників МВС, що сформували групи спостереження за структурними підрозділами

<i>Структурний підрозділ МВС</i>	<i>Кількість спостережень (%)</i>	
	<i>Перша група</i>	<i>Друга група</i>
Поліцейські Національної поліції	10 (50 %)	4 (40 %)
Військовослужбовці Національної гвардії	6 (30 %)	3 (30 %)
Співробітники Державної служби України з надзвичайних ситуацій	3 (15 %)	2 (20 %)
Співробітники Державної прикордонної служби України	1 (5 %)	1 (10 %)

Для цієї таблиці $n=30$.

Зазначений етап роботи демонструє, що основна частина хворих представлена поліцейськими, й це, на нашу думку, зумовлено зростанням непередбачуваних ситуацій, які пов'язані з їх професійною діяльністю. Військовослужбовці Національної гвардії також часто зазнають поранень й травматичних ушкоджень, оскільки натепер в Україні існує воєнний стан (мал. 3.1.1).



Мал. 3.1.1. Наглядне відображення учасників груп дослідження згідно належності до підрозділів МВС.

Задля виконання завдання роботи доцільним з'явився аналіз патологічних станів, з приводу яких проводилися амбулаторні реабілітаційні вправи. Розподіл захворювань по групах представлені у таблиці 3.1.2.

Табл. 3.1.2 Розподіл пацієнтів груп дослідження за патологічними станами.

<i>Клінічний патологія</i>	<i>Кількість спостережень (%)</i>	
	<i>Перша група</i>	<i>Друга група</i>
Гострий посттравматичний стресовий розлад	18 (90 %)	9 (90 %)
Поранення нижньої кінцівки	7 (35 %)	4 (40 %)
Перелом гомілки або стопи	2 (10 %)	0 (0 %)
Поранення верхньої кінцівки	8 (40 %)	4 (40 %)
Перелом верхньої кінцівки	4 (20 %)	2 (20 %)
Поранення голови	4 (20 %)	3 (30 %)
Черепно-мозкова травма	2 (10 %)	1 (10 %)
Акубаротравма	2 (10 %)	2 (20 %)

Згідно представлених даних ми зробили висновок про те, що основним порушенням, що спостерігалось по обох групах було поранення або травматичне ушкодження кінцівок.

Проведений аналіз показав, що один вид порушення виявлено лише в одному випадку по кожній групі, складаючи 5 % та 10 % відповідно. 2 розлади фіксувалися по групах у 15 та 8 спостереженнях (75 % та 80 % відповідно). Поєднання трьох порушень по групах зафіксовано у 4 та 1 кейсах (20 % та 10 % відповідно) (мал. 3.1.2).



Мал. 3.1.2. Порівняльна характеристика кількості порушень по групах спостереження

Як ми бачимо з малюнку 3.1.2. превалююча кількість кейсів по групах дослідження мала два, або три розлади, що зумовлені професійною діяльністю учасників роботи.

3.2. Сукупна характеристика основних РЗ амбулаторного етапу, що застосовані у хворих груп спостереження

Відділення ФРМ поліклініки Державної установи «Територіального медичного об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Харківській області» має у своєму розпорядженні потужну матеріально-технічну базу. Окрім відповідного обладнання, якість надання допомоги забезпечується наявністю спеціалістів – лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів та їх асистентів, ерготерапевта, сестер медичних з фізіотерапії та масажу відділення фізичної реабілітаційної медицини та фізіотерапії, практичного психолога та інших спеціалістів, для забезпечення координованої потужної праці відділення ФРМ . Враховуючи особливості діяльності співробітників МВС, а саме наявність психологічно травмуючих ситуацій та подій, у відділенні ФРМ постійно працює кабінет психологічного розвантаження.

Більшість травматичних ушкоджень торкаються кісток та м'язів кінцівок. Відновлення функціонального стану рук та ніг – є основним завданням РЗ. Керування роботою кінцівок здійснюється головним мозком. До оснащення відділення включено апарат для транскраніальної магнітної стимуляції NetBrain 9000 з нейронавігаційною системою (мал. 3.2.1.).



Мал. 3.2.1. Апарат Net Brain 9000 з нейронавігаційною системою

Напрямки використання транскраніальної магнітної стимуляції полягають не тільки у поліпшенні функції системи руху, а й у лікуванні больового синдрому, депресивних розладів й стресу, стомлення й дезорганізації сну, метаболічних порушень. Цей комплекс дозволяє неінвазивно та цілеспрямовано модулювати активність певних ділянок кори головного мозку.

Транскраніальна магнітна стимуляція безпечна для людини, є необхідною у комплексній реабілітації та підсилює ефективність стандартних процедур, через її здатність впливати як на фізичні, так і на психологічні наслідки травм. Спираючись на дослідження Національного інституту охорони здоров'я та якості медичної допомоги Великої Британії (NICE), ТСМ є рекомендованим варіантом лікування для пацієнтів з ПТСР. Практично кожному пацієнту призначається вказана процедура.

До оснащення відділення ФРМ включено приладдя, що дозволяють провести увесь комплекс електропроцедур: апарат для реабілітації руки SY-HR06E, призначений для активно-пасивної реабілітації та тренування функції кисті й передпліччя. Він є частиною комплексної програми

відновлення рухових функцій у пацієнтів після травм, інсультів, або травматичних уражень нервової системи; електростимулятор Complex SP 6.0, який проводить стимуляцію рухових нервів. Це викликає скорочення м'язів, імітуючи природну роботу, яку м'яз виконував би під час фізичних вправ. Цей режим використовується для нарощування м'язової сили, витривалості та відновлення після травм.

Постійний, контрольований і м'який рух у суглобі без активної участі м'язів пацієнта забезпечує фізіотерапевтичний прилад BTL-CP Motion. Апарат фіксує кінцівку пацієнта і повільно, безболісно згинає та розгинає суглоб у заданому діапазоні амплітуди та швидкості. Пацієнти ФРМ отримують процедури з застосуванням Електростимулятора Complex SP 6.0 та BTL-CP Motion в окремих кабінетах. (мал. 3.2.2)



Мал. 3.2.2. Співробітники ДСНС отримують реабілітаційну процедуру за допомогою електростимулятора Complex SP 4.0, та BTL-CP Motion

Відділення ФРМ обладнане апаратами «BTL5800 LM2 Combi», «Ампліпульс», апаратом гальванізації та електрофорезу «Поток», приладом ультразвукової терапії «БИОМЕД» SONIC-STIMU PRO UT1041, приладом електротерапії StimRehab MT 2200, системою послідовної компресії SCD600 та інш. У відділенні створено кабінет лікувальної фізкультури, що має у своєму розпорядженні велотренажер, дробину й турнік «Еліт», дзеркало коригуюче для реабілітації, на поверхню якого нанесено спеціальні позначення у вигляді вертикальних та горизонтальних ліній, для спостереження геометрії тіла, відстеження правильної постави пацієнта та виконання правильних рухів. За допомогою відображення пацієнт спостерігає за своїми рухами з метою удосконалення їх виконання та інше приладдя.

Для співробітників МВС створена можливість отримувати процедури у затишних спокійних умовах з індивідуальним отриманням призначеної процедури (мал. 3.2.3.).



Мал. 3.2.3. Поліцейський отримує реабілітаційну процедуру

Для прискорення відновлення після травм, поранень та хронічних больових синдромів застосовується сучасний метод фізичної терапії та реабілітації, що полягає у накладанні спеціальних еластичних стрічок

(кінезіотейпів) на шкіру. Це кінезіотейпування, що є комплексним і базується на кількох фізіологічних механізмах – знеболенні, дренаванні, корекції та має протизапальну дію.



Мал. 3.2.4. Кінезіотейпування.

Для пацієнтів, які мають травми верхніх кінцівок, поранення або проходять реабілітацію після ампутацій, встановлена інноваційна та низькотравматична спортивна гра - Сабсоккер (Subsoccer), яка не вимагає активного використання рук і плечового поясу. По суті, це настільний футбол, де гравці сидять на лаві-воротах і грають ногами під прозорим столом. При цьому ця гра ефективно зміцнює м'язи нижніх кінцівок та покращує координацію та швидкість реакції. Це є цінним елементом когнітивної реабілітації, особливо для осіб, які перенесли контузії або черепно-мозкові травми (ЧМТ), покращуючи їхню увагу та виконавчі функції (мал. 3.2.5.)



Мал. 3.2.5. Сабсоккер

Для пацієнтів із травмами нижніх кінцівок або ампутаціями ніг, пріоритетними є види спорту, що стимулюють дрібну моторику та когнітивні навички - настільний теніс (сидячи), шахи та шашки. Це сприяє підтримці м'язового тону плечового поясу та психологічному розвантаженню.

Таким чином відділення ФРМ поліклініки Державної установи «Територіального медичного об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Харківській області» надає можливість отримати повний спектр РЗ на сучасному рівні та відновити порушені внаслідок поранень або травматичних ушкоджень функції організму співробітників МВС, враховуючи, що специфіка військової служби вимагає акцент на швидкому поверненні до максимальної функціональності.

3.3. Функціональні обов'язки медичної сестри відділення ФРМ при проведенні реабілітаційних вправ.

Сестра медична відділення ФРМ, відповідно посадовій інструкції проводить долікарське обстеження пацієнта, спільно з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини визначає ступінь втрати пацієнтом самостійності у побуті, гігієнічних навичок, бере участь у виконанні програм ерготерапевта та фізичного терапевта відповідно до індивідуального реабілітаційного плану. Готує пацієнтів, у межах своїх компетентностей до діагностичних, терапевтичних і реабілітаційних втручань, виконує призначення лікаря фізичної та реабілітаційної медицини щодо реалізації програм реабілітації. Оцінює ризики виникнення ускладнень під час реабілітації, зокрема медикаментозної терапії, за потреби спільно з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини вносить корекції до плану реабілітації. Навчає пацієнтів користуватися технічними засобами реабілітації, пристроями для побутової та соціальної незалежності, допомагає пацієнтам з обмеженнями життєдіяльності досягти

максимального рівня функціональності Надає екстрену медичну допомогу в станах, які становлять загрозу життю пацієнта; Надає інформаційну підтримку пацієнтам та особам, які за ними доглядають, у межах своїх компетентностей. Веде встановлену медичну документацію.

Робота сестри медичної при виконанні обов'язків під час проведення реабілітації у поранених або травмованих співробітників силових структур набувала певні особливості. Ці особливості пов'язані з комплексним характером їхніх травм (поєднання фізичних, психологічних та соціальних наслідків) та специфікою професійної діяльності, що вимагає максимально повного та швидкого функціонального відновлення. Насамперед, це були складнощі, що виникали завдяки скептичному ставленню хворих до етапів реабілітації. Незадоволення викликали необхідність спілкування з практичним психологом та відвідування кабінету психологічної розвантаження. Крім того, непорозуміння у пацієнтів виникало з приводу необхідності виконання процедур у строго зазначеному порядку, дотримання перерви або відпочинку після кожного РЗ, що було розцінене пацієнтами як «марна втрата часу».

Таким чином, на медичну сестру відділення ФРМ було накладено додаткові обов'язки: формування у хворого порозуміння значущості кожної, призначеної лікарем процедури; виконання РЗ у встановленій послідовності, дотримання режиму здійснення процедур, що включало до себе перерви між ними, а також зосередження не лише на лікуванні, а й на відновленні функціональної незалежності пацієнта та його адаптації до повсякденного життя. Через високий ризик розвитку ПТСР та вторинного травматичного стресу (ВТС) сестра медична виконує важливі функції психоемоційного моніторингу, допомагаючи в об'єктивізації психоемоційного стану, наданні підтримки під час проведення процедур. Сестра медична виступає зв'язуючим ланцюжком між лікарем, фізичним терапевтом, ерготерапевтом та пацієнтом, забезпечуючи безперервність реабілітаційного процесу.

Комплекс додаткових обов'язків медичної сестри визначено як «сестринський супровід пацієнта відділення ФРМ », що мав індивідуальний, по відношенню до стану хворого характер. Таким чином, для пацієнтів основної групи здійснювався комплекс дій сестри медичної, що сприяли покращенню проведення РЗ для співробітників силових структур.

«Сестринський супровід пацієнта відділення ФРМ» включав до себе:

- Знайомство хворого зі структурою відділення;
- Планування часу для виконання процедур та забезпечення відпочинку, з урахуванням графіків роботи мультидисциплінарної команди.
- Обґрунтування необхідності взаємодії з практичним психологом та відвідування кабінету психологічного розвантаження;
- Надання пацієнтові інструкції, щодо відвідування відділення ФРМ : *«Пам'ятка для хворого, що лікується у відділенні ФРМ »*

(додаток 1);

- Навчання вправам лікувальної фізичної культури з наступним виконанням комплексу під наглядом сестри медичної;
 - Тренування самообслуговування (ерготерапія) та допомога при пересуванні(за необхідності);
 - Контроль за виконанням усіх призначень лікаря, звертаючи увагу на відвідування психолога та кабінету психологічного розвантаження (за індивідуальним графіком);
 - Психологічна підтримка хворих на рівні медичної сестри протягом усього реабілітаційного курсу; мотивація та співпраця;
 - Додаткова психологічна підтримка або консультація на рівні медичної сестри за загальною домовленістю з використанням соцмереж у вільний від реабілітаційних процедур час;
 - Проведення анкетувань спочатку та наприкінці спостереження.
- А також підтримувати дружню, змагальну, але безпечну обстановку, яка допомагає знизити тривожність та відволіктися від травматичного досвіду. Сестра медична виступає як фасилітатор соціальної взаємодії.

Таким чином, нами сформовано та в подальшому використано в основній групі пацієнтів принцип «сестринського супроводу пацієнта відділення ФРМ » на етапі амбулаторного проведення реабілітації співробітників МВС, що мали поранення або травми. При цьому роль медичної сестри зазнає суттєвої трансформації: вона зміщується від суто технічного виконання маніпуляцій до ролі координатора. Це фахівець, який володіє навичками переконання щодо необхідності реабілітації, психологічної підтримки та професійно виконує фізіотерапевтичні процедури.

3.4. Значущість рівня кортизолу у хворих співробітників МВС, що проходять реабілітацію в амбулаторних умовах

Плануючи роботу, ми вирішили у когорті спостереження дослідити рівень кортизолу у крові. З одного боку – це гормон стресу й важливо розуміти, як змінюється його вміст при проведенні РЗ, що включають до себе роботу з психологом й відвідування кабінету психологічного розвантаження. Крім того, впливаючи на кісткову тканину, зокрема мінералізацію кісткового матриксу, та синтез колагену, гормон може прискорювати або гальмувати процес одужання у пацієнтів, що зазнали ТУ, чи мали поранення. Наявність фізіологічного рівня кортизолу позитивно впливає на емоційний стан людини, покращуючи її настрій.

Вміст гормону чутливий до циркадних ритмів- найвищий рівень вранці, близько 8.00 і найнижчий - вночі, тому дослідження проводилося в один й той же час, вранці та натщесерце. Гормон визначали в сироватці крові методом ІФА. Отримані результати порівнювали референтними значеннями, які складали 101,2-535,7 ммоль/л. Визначення кортизолу для учасників обох груп проводили двічі, спочатку дослідження й наприкінці курсу реабілітації.

Перше визначення кортизолу показало його невелике підвищення по обох групах спостереження, складаючи в середньому $540,1 \pm 0,7$ ммоль/л й $541,1 \pm 0,5$ ммоль/л відповідно з невірогідною різницею показників ($P = 0,5$).

Після проходження комплексу РЗ нами повторно визначався рівень кортизолу в сироватці крові за принципами, що було використано при першому аналізі. Ми встановили зниження показника до нормальних значень але зі знаходженням біля верхньої межі норми. Пацієнти основної групи мали середній результат на рівні $527,3 \pm 0,2$ ммоль/л з правдивою різницею з попереднім рівнем гормону ($P < 0,01$).

В контрольній групі рівень гормону був вище й складав $533,2 \pm 0,3$ ммоль/л також з правдивою різницею з показником на початку спостереження ($P < 0,01$).

Зниження рівня кортизолу ми вважаємо показником ефективності РЗ, що передбачала позитивний вплив на нервову систему й психологічний стан пацієнта. При «сестринському супроводі пацієнта відділення ФРМ», за індивідуальними вимогами, зменшення кортизолу відбувається ефективніше, ніж у пацієнтів зі стандартним менеджментом.

На нашу думку, саме додаткова участь сестри медичної на всіх етапах амбулаторної реабілітації хворих певною мірою стабілізує їх стан, що виявилось в більш суттєвої нормалізації рівня кортизолу.

3.5. Формування підходу до оцінки психоемоційного стану співробітників МВС, що мали травми або поранення

Задля оцінки ефективності використання «сестринського супроводу пацієнта відділення ФРМ » ми не вважали за доцільне використовувати методи, що демонструють функціональний стан той чи іншої частини тіла співробітника МВС, що зазнав поранення або травматичне ушкодження. Ми керувалися наявністю у пацієнтів, що брали участь у роботі, дуже великої

різноманітності форм патологічних порушень, які не доцільно порівнювати між собою. Крім того, фізичний стан учасників дослідження не давав можливості порівнювати між собою наявність декількох патологічних порушень з нерівномірним розподілом.

Ми вирішили дослідити психоемоційний стан співробітників силових структур спочатку та наприкінці використання РЗ. З метою виконання визначеного етапу спостереження, ми використали анкету тривожних розладів Generalized Anxiety Disorder – 7, яку було модифіковано відповідно до наявності у більшості хворих посттравматичного стресового розладу.

До основних 7 запитань, що формували анкету, ми додали чотири додаткових питання, які було побудовано відповідно основним можливим проявам, що виявляються під час посттравматичного стресового розладу.

Додатковими запитанням з'явилися наступні:

1. Чи присутні у вашій свідомості «флеш-беки» – сцени-картини пережитих травматичних подій?;
2. Чи відчуваєте ви емоційну притупленість чи байдужість до оточення?;
3. Чи відчуваєте ви емоційну нестабільність?;
4. Чи маєте ви проблеми у концентрації уваги?

Таким чином, модифікована анкета-опитувальник Generalized Anxiety Disorder - 7 містила 11 запитань (**додаток 2**).

Респондентам пропонували 4 варіанта відповідей, що мали оціночну характеристику у балах:

- 0 – ніколи;
- 1 – один прояв на декілька днів;
- 2 – прояви більше половини часу;
- 3 – прояви спостерігаються майже щодня.

Суму отриманих балів порівнювали зі стандартними показниками ступеня тривоги: 0 – 4 бали є показником відсутності тривоги; 5 – 11 балів

демонструють легкий ступінь тривожності; 12 – 22 бали свідчать про помірну, а 23 – 33 важку тривогу.

Модифікована нами анкета була простою, зрозумілою та не вимагала, при наданні відповідей респондентом, багато часу та перенапруження. Формування запитань було конкретним й дозволяло отримати лише одну відповідь, яку учасник дослідження вважав доцільно обрати. Це допомогло не лише діагностувати наявність психічного розладу, визначити рівень адаптації та дослідити ефективності використання «сестринського супроводу пацієнта відділення ФРМ »

3.6. Порівняльна характеристика результатів анкетувань залежно від часу лікування у реабілітаційному відділенні

При плануванні дослідження ми звернули увагу на специфіку діяльності у структурах МВС, що відбивається на характерологічних особливостях співробітників. Тому анкетування проводилося суворо анонімно без будь-якого коментування результатів опитування.

Приклад заповненої анкети респондентом основної групи представлено на малюнку 3.6.1.

АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК

ПЕРШЕ ОПИТУВАННЯ ДРУГЕ ОПИТУВАННЯ

(необхідне підкреслити)

Запитання до респондента	Варіанти відповіді			
	ніколи	один прояв на декілька днів	прояви більше половини часу	прояви спостерігаються майже щодня
Ви відчуваєте нервозність, занепокоєння чи те, що ви – на межі зриву?		✓		
У вас є постійне хвилювання, «переживання», які Ви не можете зупинити або контролювати?		✓		
Чи ви відчуваєте надмірне занепокоєння, переживання з приводу різних справ?			✓	
Ви відчуваєте, що вам важко розслабитись?			✓	
Ви були так стурбовані, що не могли залишатися на одному місці?		✓		
Ви відчували підвищену дратівливість?			✓	
Спостерігали ви у себе відчуття (страх), що має статися щось жахливе?		✓		
Як часто у вас спостерігаються "флеш-беки" – сцени-картини пережитої травматичної події?		✓		
Чи є у вас емоційна притупленість чи байдужість до оточення?			✓	
Наскільки ви схильні до емоційної нестабільності?			✓	
Чи ви помічаєте у себе труднощі в концентрації уваги?		✓		

Примітки:

- Будь-ласка, надайте одну відповідь на кожне запитання у вигляді будь-якої позначки: «+» або «галочка», тощо.
- Обов'язково підкресліть номер анкетування.

Мал. 3.6.1 Заповнена анкета пацієнтом відділення ФРМ

Респондентам обох груп виділялося тихе місце у відділенні ФРМ де вони мали можливість зосередитися та не квапитися, надаючи відповіді на запитання анкети.

Отримані дані сортувалися по групах та часу проведення опитування (спочатку чи наприкінці реабілітаційного курсу) й піддавалися детальному аналізу.

Результати анкетування показали, що спочатку проведення реабілітаційного циклу, рівень тривоги у респондентів обох груп коливався від легкого до середнього ступеня, складаючи $21,3 \pm 0,5$ балів та $21,4 \pm 0,4$ бала, що показує невірогідну різницю між групами ($P = 0,5$) й тотожність вихідних параметрів по стану психологічного здоров'я пацієнтів. Слід зазначити, що по обох групах визначено лише по одному випадку легкої тривоги, показник у більшості респондентів відповідав середньому ступеню тривожності.

Додаткове опитування учасників дослідження показало, що причинним фактором стану з'явився страх того, що функціональні можливості організму не будуть відновлені повністю й побоювання про неможливість подальшого працювати в структурах МВС, оскільки служба потребує доброго стану здоров'я.

Відсутність важких проявів тривоги ми вважаємо добрим показником результату лікування хворих у стаціонарі, оскільки більшість з них страждала на посттравматичний стресовий розлад, одною з характеристик якого є відчуття тривоги.

Наприкінці проведення комплексу РЗ ми провели повторне анкетування, використовуючи ту ж модифіковану анкету тривожних станів, як і на початку лікування. Отримані результати показали, що в основній групі лише 4 співробітники МВС (20 %) мали середній ступінь тривоги, у порівнянні з контрольною групою, де вказаний рівень зберігався у 5 учасників спостереження (50 %). Слід зазначити, що, за результатами анкетування, з'явилися респонденти без ознак тривоги: 4 людини (20 %) з основної групи спостереження й 2 (20 %) – з контрольної.

Ми зробили аналіз середніх показників оцінки тривоги по групах та за часом дослідження (табл. 3.6.1). Наведені дані демонструють загальну

ефективність комплексу РЗ: показники тривоги по обох групах вірогідно знизилися ($P < 0,01$) у порівнянні з результатом спочатку проведення реабілітації.

Табл. 3.6.1 Порівняння показників тривоги (бали) по групах та відповідно часу

<i>Групи спостереження</i>	<i>Перше опитування</i>	<i>Друге опитування</i>	<i>Рівень значущості відмінностей</i>
Основна	$21,3 \pm 0,5$	$11,4 \pm 0,6$	$P < 0.01$
Контрольна	$21,4 \pm 0,4$	$13,1 \pm 0,3$	$P < 0.01$
Рівень значущості відмінностей	$P = 0,5$	$P < 0,05$	—

Для цієї таблиці $n=30$.

Аналізуючи кінцеве порівняння рівня тривоги у респондентів між групами, не дивлячись на суттєве зниження показника як в основній, так і в контрольній групі, ми встановили вірогідну різницю значення ($P < 0,05$) між групами. Ми вважаємо, що саме використання запропонованого нами «сестринського супроводу пацієнта відділення ФРМ » на етапі проведення РЗ, зумовило більш суттєве поліпшення психологічного стану учасників дослідження, ніж у групі, де реабілітація здійснювалася за загальноприйнятими стандартами.

Таким чином, роль медичної сестри у реабілітації співробітників силових структур трансформувалася від традиційного догляду до високотехнологічного, інтегрованого та психологічно чутливого супроводу, спрямованого на швидку та повну соціальну та професійну реінтеграцію.

ВИСНОВКИ

1. Поранення й травми є частими патологічними станами серед робітників МВС й супроводжуються в більшості випадків посттравматичними стресовими розладами.

2. Серед поранень та травматичних ушкоджень перше місце у співробітників МВС займають патологічні стани збоку кінцівок.

3. Травматичні ушкодження й поранення у співробітників МВС в більшості випадків мають комбінований характер, поєднуючи декілька уражень.

4. Реабілітація після поранень й травматичних ушкоджень співробітників МВС має велику значущість та комплексний характер.

5. Основним функціональним обов'язком сестри медичної відділення ФРМ є здійснення за індивідуальними потребами «сестринського супроводу пацієнта відділення ФРМ» протягом усього часу знаходження пацієнта у відділенні, враховуючи його патологію та психоемоційний стан.

6. Постійний контакт сестри медичної з пацієнтом при виконанні РЗ має додатковий психотерапевтичний ефект, що позитивно відбивається на настрої хворого та мобілізує його сили у боротьбі з недугою.

7. Активна участь сестри медичної у проведенні реабілітації співробітників МВС забезпечує повне й правильне виконання усіх запланованих процедур та сприяє скорішому відновленню організму, що підтверджується результатами об'єктивного дослідження: визначення рівня кортизолу та оцінка даних модифікованої шкали тривоги.

8. Сестринський супровід має велике значення для реабілітації співробітників МВС після поранень та травм і впливає на швидкість та повноту повернення пацієнта до професійної та соціальної активності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Ананьїн О. В. Особливості службово-бойової діяльності підрозділів Державної прикордонної служби України з охорони лінії зіткнення на Донбасі (2014-2018 рр.) / О. В. Ананьїн // Військово-науковий вісник. 2023. № 40. С. 118-134. <https://doi.org/10.33577/2313-5603.40.2023.118-134>.
2. Банах С. М. Особиста безпека працівників правоохоронних органів, залучених до патрулювання: навчальний посібник / С. М. Банах, Ю. Р. Йосипів, М. Д. Курляк, В. М. Синенький та ін. // Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 2021. 272 с.
3. Берлінець І. А. Зарубіжний досвід у сфері медичної реабілітації: перспективи використання в Україні / І. А. Берлінець // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2019. № 4. – URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1416> (дата звернення: 11.10.2024). DOI: [10.32702/2307-2156-2019.4.100](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2019.4.100)
4. Біла книга цивільного захисту України: інформаційне видання ДСНС / за заг. ред. П. Б. Волянського. Київ, 2023. 272 с.
5. Бойчук С. С. Особливості функціонування долаючої поведінки в контексті життєздатності особистості поліцейських-спецпризначенців / С. С. Бойчук // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Вип. 9. С. 35–42. <https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.5>
6. Борисова О. О. Навчальний посібник «Психореабілітація військових, учасників бойових дій і членів їх сімей» «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» Одеса, 2024. 243 с.
7. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців - учасників бойових дій в системі соціальних служб. Дисерт. на здобуття наук. Ступ. доктора пед. наук Хмельницький – Тернопіль. 2018. 559 с.

8. Брич В. В. Возможности реализации медицинской реабилитации в условиях реформирования и новой системы финансирования учреждений здравоохранения Украины / В. В. Брич // Укр. мед. часопис. 2020. Ч 3 (137), Т. 2 – V/VI. С. 1-4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.137.180103.
9. Вовк Н., Панімаш Ю. Проблема управління охороною праці в органах і підрозділах ДСНС України // Надзвичайні ситуації: попередження та ліквідація. 2021. Том 5, № 1. С. 27-39. DOI: <https://doi.org/10.31731/2524-2636.2021.5.1.-27-39>.
10. Воропаєв Д. С. Основи фізичної реабілітації (загальна характеристика засобів фізичної реабілітації) [Електронний документ]: навч. посіб. / Д. С. Воропаєв, О. О. Єжова // Суми: Сум ДУ. 2019. 72 с.
11. Грибан Г. П. Профілактика спортивного травматизму у військових підрозділах: навч. посіб. / Г. П. Грибан, В. М. Романчук, С. В. Романчук та ін.; за ред. Г. П. Грибана. Житомир: ЖВІ НАУ. 2013. 140 с.
12. Гуз К. Ю. Реабілітація осіб, які мають право на медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я МВС України: теоретико-правова характеристика/ К. Ю. Гуз // Правова позиція. 2022. № 4 (37). С. 42-46. DOI <https://doi.org/10.32782/2521-6473.2022-4.7>.
13. Гур'єв С. О. Аналіз медико-санітарних наслідків військових дій під час проведення сучасних контртерористичних операцій / С. О. Гур'єв та співавт. // Екстренна медицина, від науки до практики. 2014. № 4. С. 3-8.
14. Гур'єв С. О. Мінно-вибухова травма внаслідок сучасних бойових дій на прикладі антитерористичної операції на Сході України. Повідомлення 1. Клініко-епідеміологічна характеристика постраждалих із мінно-вибуховою травмою на ранньому госпітальному етапі надання медичної допомоги / С. О. Гур'єв, Д. І. Кравцов, В. Є. Казачков, А. В. Ордатій // Травма. 2015. Том.16, № 6. С. 5-8. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.2\(2\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.2(2)-005).
15. Дандаш Х., Подкопай Д. О. Методические особенности физической реабилитации пострадавших с последствиями минно-взрывной

травми / Х. Дандаш, Д. О. Подкопай // Слобожанський науково-спортивний вісник, 2016. С. 127–131.

16. Денисюк М. Структура травматичних ушкоджень та досвід лікування поранених внаслідок бойових дій в перші дні нападу росії на Україну / М. Денисюк та співавт. // Pain, Anaesthesia and Intensive Care. 2022. № 1 (98). Р. 7–12. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.1\(98\).2022.256092](https://doi.org/10.25284/2519-2078.1(98).2022.256092).

17. Довідник із прав, обов'язків та алгоритму дій військовослужбовця у разі поранення, травми чи захворювання // http://plsz.gov.ua/pub_doc/dov_prav.pdf.

18. Козинець Г. П. Модулювання ранового процесу у хворих з поширеними та глибокими опіками / Г. П. Козинець та співавт. // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». 2013. № 1 (41). С. 212-216.

19. Корж М. Актуальні питання формування системи реабілітації постраждалих із переломами довгих кісток кінцівок в умовах воєнного стану / М. Корж та співавт. // Ортопедія травматологія та протезування. 2023. № (1-2). С. 5–11. <https://doi.org/10.15674/0030-598720221-25-11>.

20. Костенко Т. В. Особливості травматизму рятувальників в Україні / Т. В. Костенко // Вісті Донецького гірничого інституту. 2017. № 1. С. 165-169. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vdgi_2017_1_26.

21. Кочин І. Аналіз та особливості загальних втрат серед військовослужбовців та цивільного населення в ході бойових дій / І. Кочин // Екстрена медицина. 2019. №5. 100. С. 29–39. <https://doi.org/10.22141/2224-0586.5.100.2019.177015>.

22. Крук І. М., Григус, І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом / Rehabilitation and Recreation. 2023. № 15. С. 50–56. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.6>.

23. Кучеров А. В полі зору / Газета Державної прикордонної служби України. 2018. №18 (5607). С. 4-5.

24. Лакша А. М. Лікування постраждалих з вогнепальними пораненнями м'яких тканин кінцівок / А. М. Лакша, Д. В. Лось / Літопис травматології та ортопедії. 2015. № 1–2. С. 31–32.
25. Лигун Н. В. Організаційні засади збереження й відновлення психічного здоров'я працівників органів та підрозділів системи МВС України / Н. В. Лигун, І. М. Охріменко // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи», м. Полтава, 8 вересня 2022 р. Полтава. 2022. С. 37–42.
26. Лівак П. Є. Визначення ефективності методик фізичної реабілітації при остеохондрозі / П. Є. Лівак, І. О. Корженко, О. Смирнова // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. 2022. Вип. 2 (146) С. 79-83. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.2\(146\).17](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.2(146).17).
27. Логачев М. Г. Правові та психологічні аспекти застосування поліцією вогнепальної зброї: навчальний посібник / Харків. Харківський національний університет внутрішніх справ. 2018. 232 с.
28. Майдіков Ю. Л. Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та подолання їх наслідків у співвідношенні ФРМ обітників МВС / Ю. Л. Майдіков // Актуальні проблеми психологічного забезпечення службової діяльності працівників правоохоронних органів: зб. тез II Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 28 жовтня 2021 р.). Київ: ДНДІ МВС України. 2021. С. 199-201.
29. Методичні рекомендації з дисципліни «Основи фізичної терапії» /Укладач: к. н. з фіз. вих. і с. Філак Я. Ф. Ужгород, 2020. 36 с.
30. Назаренко І. І. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури)/ І. І. Назаренко та співавт. // Україна. Здоров'я нації. 2019. №1. С. 48-58.
31. Найпоширеніша травма війни. Що треба знати про контузію. Від труднощів у спілкуванні та втрати боєздатності до суїцидальних думок.

The Village Україна: веб-сайт. URL: <https://www.village.com.ua/village/knowledge/podcast/335683>.

32. Наказ «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій, що сталися в органах і підрозділах системи МВС України» // 2019. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0083-03#Text>.

33. Нестройний О. О., Бойко Н. О. Реабілітація травм війни військовослужбовців на базі Державної установи «Територіально-медичне об'єднання МВС України по Кіровоградській області» / О. О. Нестройний, Н. О. Бойко // Взаємодія державних органів та громадськості у сфері протидії кримінальним правопорушенням у центральних регіонах України: збірник матеріалів круглого столу (м. Кропивницький, 17 квітня 2024 р.). Кропивницький: ДонДУВС. 2024. С. 257-260.

34. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників антитерористичної операції : метод. рекомендації для лікарів МСЕК та ЛКК / В. І. Шевчук, В. В. Кравченко, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко. // Вінниця. 2016. 42 с.

35. Покайчук В. Я. Поняття та загальні відомості особистої безпеки в підрозділах Національної поліції України / В. Я. Покайчук, В. Д. Поливанюк, В. В. Біліченко // Police activity in Ukraine and European countries: modern standards and unification options : collective monograph. Riga, Latvia: «Baltija Publishing», 2021. Р. 320–341. <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-185-5-11>.

36. Попелюшко Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р. П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології. 2015. Том XI. Вип. 13. С.198-207.

37. Про Дисциплінарний статут Національної поліції України: Закон України від 15.03.2018 р. № 2337-VIII.

38. Сущенко Л. П. Особливості фізкультурно-спортивної реабілітації учасників бойових дій з черепно-мозковою травмою / Л. П.

Сущенко, М. О. Демченко, Л. П. Бобровник // Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. 2024. № 3К (176). С. 470-473.

[https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3K\(176\).104](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3K(176).104).

39. Ушакова І. М. Психопрофілактика виникнення гострих стресових розладів у працівників ДСНС України під час війни / І. М. Ушакова // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2022. № 2. С. 95-99.

<https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.2.19>.

40. Хованова Д. О. Травмування під час виконання службових обов'язків пов'язане з недостатньою фізичною підготовленістю працівників поліції / Д. О. Хованова // Підготовка поліцейських в умовах реформування системи МВС України : зб. наук. пр. МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Каф. спец. фіз. підготовки ф-ту № 2. Харків : ХНУВС. 2019. С. 352-354.

41. Хоменко І. П. Клінічно-епідеміологічний аналіз структури бойової хірургічної травми при проведенні антитерористичної операції/операції Об'єднаних сил на сході України / І. П. Хоменко та співавт. UJMM, 2020. № 2 (2). С. 5-13. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.2\(2\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.2(2)-005).

42. Швець А. В. Прогностична оцінка потреби у медичній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України з урахуванням структури їхньої бойової травми / А. В. Швець та співавт. // UJMM [Інтернет]. 2022. [дата звернення 2024 Oct. 6]. №3 (3). С.110-117. Доступно за посиланням: <https://ujmm.org.ua/index.php/journal/article/view/296>

43. Angehrn A. Sleep Quality and Mental Disorder Symptoms among Canadian Public Safety Personnel / A. Angehrn et al. // Int J Environ Res Public Health. 2020. № 17 (8). P.2708. doi: 10.3390/ijerph17082708.

44. Arienti C. A comparison and synthesis of rehabilitation definitions used by consumers (Google), major Stakeholders (survey) and researchers

(Cochrane Systematic Reviews): a terminological analysis / C. Arienti at al. // Eur J Phys Rehabil Med. 2020. № 56 (5). P. 682–689.

45. Carleton R. N. Mental health training, attitudes toward support, and screening positive for mental disorders / R. N. Carleton at al. // Cogn Behav Ther. 2020. № 49 (1). P. 55–73. doi:10.1080/16506073.2019.1575900.

46. Du F. Injuries sustained by earthquake relief workers: a retrospective analysis of 207 relief workers during Nepal earthquake / F. Du et al. // Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016. Vol. 24, 95. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0286-4>.

47. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0644320-10#Text>
https://zakononline.com.ua/documents/show/366507_771266.

48. Kalkman J. P., Molendijk T. The Role of Strategic Ambiguity in Moral Injury: A Case Study of Dutch Border Guards Facing Moral Challenges // Journal of Management Inquiry. 2021. № 30 (2), P.221-234. <https://doi.org/10.1177/1056492619892693>.

49. Kostenko V. Automation of individual thermal protection of rescuers in the initial period of extinguishing a fire / V. Kostenko at al. //East European magazine of corporate technologies. 2017. Vol. 5, № 10 (89). P. 4-11. DOI: <https://doi.org/10.15587/1729-4061.2017.109484>.

50. Lindfors O. H. Sinus barotrauma in diving / O. H. Lindfors at al. // Diving Hyperb Med. 2021. № 51 (2). C. 182-189. doi: 10.28920/dhm51.2.182-189.

51. Marin A. In the line of duty. Ombudsman Ontario: Ontario, Canada. 2012. 158 c.

52. Meyer T., Gutenbrunner C., Bickenbach J., Cieza A., Melvin J., Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy / T. Meyer at al. // J Rehabil Med. 2011. № 43 (9). P. 765-769. doi: 10.2340/16501977-0865.

53. Mitchell J.T. When disaster strikes. the critical incident stress debriefing process / J. T. Mitchell // JEMS: J. Emerg. Med Serv. 1983. № 8, P. 36–39.
54. Muir C. Occupational injuries among police workers: Patterns and contributing factors in an Australian jurisdiction / C. Muir, K-H. Prang, D. Sheppard, S. Newnam // Safety Science. 2020. № 122, P. 104525. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.104525>.
55. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Burnout and posttraumatic stress symptoms in police officers exposed to traumatic events: the mediating role of ruminations // Int Arch Occup Environ Health. 2021. № 94. P. 1201–1209 <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01689-9>.
56. Rentmeesters N., Hermans D. Posttraumatic stress disorder in Belgian police officers: prevalence and the effects of exposure to traumatic events // European Journal of Psychotraumatology. 2023. № 14 (1). P. 2156558. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2156558>
57. Rząsowska E., Fabryczewska A. A. Strażacy. Stres zawodowy. Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych, Terelak J. F., (ed.), Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warsaw. 2007. pp. 447–474.
58. Smith N.I. A pilot study of brain injury in police officers: a source of mental health problems? / N. I. Smith at al. // J Psychiatr Ment Health Nurs. 2021. № 28 (1). P. 43–55. doi:10.1111/jpm.12676
59. Wade D.T. Defining rehabilitation: An exploration of why it is attempted, and why it will always fail / D.T. Wade // Clin Rehabil. 2021. № 35 (12). P. 1650-1656. doi: 10.1177/02692155211028018.
60. Wade D.T. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description / D.T. Wade // Clinical Rehabilitation. 2020. № 34 (5). P. 571-583. doi:[10.1177/0269215520905112](https://doi.org/10.1177/0269215520905112).

ДОДАТКИ

Додаток 1

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ХВОРОГО, ЩО ЛІКУЄТЬСЯ У ВІДДІЛЕННІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1. Заповнити інформовану згоду щодо призначених процедур;
2. Приходити до відділення згідно призначеному часу, не запізнюватися;
3. Одяг при відвідуванні повинен бути чистим, вільним, не обмежуючим рухи. Мати змінне взуття;
4. Відвідувати відділення через 40 хвилин після легкого сніданку або через 2 години після обіду;
5. Напередодні відвідування відділення та у день проведення процедур не вживати алкогольні напої;
6. Зняти або витягти з кишені усі металеві предмети;
7. Під час проведення процедури спокійно лежати, не рухатися, не розмовляти та не спати;
8. Не чіпляти та не торкатися проводів та обладнання;
9. Перед виконанням процедури повідомляти сестрі медичній про погане самопочуття;
10. Якщо стало погано під час процедури — негайно покликати сестру медичну;
11. Після процедури вставати повільно, уникати запаморочення;
12. Після кожної процедури відпочивати 20 хвилин;
13. У відділенні поводити себе тихо, не вмикати гучний зв'язок у телефоні;
14. Самостійно не відміняти процедури, що призначив лікар.

АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК

ПЕРШЕ ОПИТУВАННЯ

ДРУГЕ ОПИТУВАННЯ

(необхідне підкреслити)

	Запитання	Варіанти відповіді			
		Ніколи	Один прояв на декілька днів	Прояви більше половини часу	Прояви спостерігаються майже щодня
	Ви відчуваєте нервозність, занепокоєння, чи те, що ви на межі зриву?				
	У вас є постійне хвилювання, переживання, які ви не можете зупинити або контролювати?				
	Чи відчуваєте ви надмірне занепокоєння, переживання з приводу різних справ?				
	Чи відчуваєте, що вам важко розслабитись?				
	Ви були так стурбовані, що не могли залишитися на одному місці?				
	Ви відчували підвищену дратівливість?				
	Спостерігали ви у себе відчуття (страх), що має статися щось жахливе?				
	Як часто у Вас спостерігаються «флеш-беки» – сцени – картини пережитої події чи травми?				
	Чи є у вас емоційна притупленість чи байдужість до оточення?				
	Наскільки ви схильні до емоційної нестабільності?				
	Чи ви помічаєте у себе труднощі в концентрації уваги?				

Примітки:

- Будь ласка надайте одну відповідь на кожне запитання у вигляді будь-якої позначки: «+», «галочка», тощо.
- Обов'язково підкресліть номер анкетування.